



مركز أوركييد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

صحة... ابتسامة... جمال
Health ... Smile ... Beauty

File No: ١٥٥١٨١٧

Date: 26/3/2019

Date: 26/3/2019

File Number: ١٥٥١٨١٧

Patient Name: Areej Al Hasan

اسم المريض:

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 03/03/1986 Gender (الجنس): M / F

Marital Status: (الحالة الاجتماعية):

Nationality (الجنسية): Saudi Arabia

Occupation (الوظيفة): Investment

Address (العنوان): Shariqah

Phone No. (رقم الهاتف): 0532664439

E-MAIL: al.hasan.areej@gmail.com

How did you know about us: ...

التاريخ الطبي	
Medical Condition	الحالة الطبية
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تعاطى أي أدوية أو تلقى أي علاجات حديثة؟	X
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟	X
Allergies هل لديك أي حساسية؟	X
Surgical Operations, Serious Illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟	X
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب	X
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تعاطى أي مميعات للدم؟	X
Anemia, Leukemia انيميا (فقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)	X
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، أمراض أخرى	X
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو تناسلية؟	X
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي منع للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	X
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أمراض كبدية أخرى	X
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟	X
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	X
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟	X
Other conditions HIV, HIV...etc	X



Medical Consent Form

I hereby consent and authorize the doctor to treat my medical condition which has been explained to me by the qualified physician

I understand that in order to provide me with the most efficient and enhanced service, diagnostic and other procedures may be deemed necessary.

I understand that my treating doctor may discover other or different conditions, which may require additional or different procedures than those planned.

I authorize my treating doctor to perform any procedures which are advisable in their professional judgment.

I understand that no warranty or guarantee has been made to me as a result or cure just as there may be risks and hazards in continuing my present condition without treatment.

I understand that there are also risks and hazards to the performance of the diagnostic and/or surgical procedures.

I realize that common surgical or diagnostic procedures are potential for an infection, swelling, bleeding, pain or allergic reaction.

I understand that there are minimal fees to be paid per service and that all fees must be paid in full before the completion of treatment.

I consent that all medical history and information I provided in my medical file is true and I understand that any information I provide regarding my medical status will be kept confidential and anonymous.

I believe that I have sufficient information to give this consent. I certify that this form has been fully explained to me and that I have read it and I understand its content and I sign it with all my will.

I am fully aware that any payments is NON refundable

Patient's Signature/ Guardians (In case of minors):

Date: ... / ... /

نموذج اقرار طبي

أوافق و أسمع الطبيب بعلاج حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و المسؤول،

أتفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل تزويدي بالعلاج الأمثل و الخدمة الأفضل.

أتفهم أنه من الممكن أن يتكشف الطبيب خلال العلاج أموراً مختلفة عن ما ذكر في الفحص الأولي و التي قد تتطلب إجراءات إضافية أو مختلفة عن تلك المخطط لها.

أفوض الطبيب المعالج باتخاذ كل الإجراءات الطبية و العلاجات اللازمة و المطلوبة بحكم خبرته المهنية و العلمية.

أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تأمين لتنتائج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجريبية المقدمة لي، كما أتفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.

أتفهم تماماً كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية.

و ادرك ان بعض الإجراءات التخصصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الي مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو النزيف أو الالام أو الحساسية

أتفهم أن هناك رسوم بالحد الأدنى يجب علي دفعها مقابل الخدمة العلاجية و أن جميع الرسوم المطلوبة يجب أن تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.

أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمت لي قد بقي السلف صحية. و أتفهم أن أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً و لا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي

أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتقديم هذا الاقرار و ان هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و اني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيله بالكامل و اني وقعت عليه بكامل ارادتي

انا على دراية تامة أن أي مدفوعات للمركز هي غير قابلة للاسترداد

توقيع المريض / ولي الأمر (من هم دون السن القانونية):

التاريخ: ... / ... / 26

26 03 2019

أحمد

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

Weight (الوزن):	Kg	Height (الطول):	cm	Blood Type (دمية الدم):	
Pulse (النبض):	ppm	Blood Pressure (دمية الدم):	/	Blood Sugar (سكر الدم):	

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسية Allergies

الأدوية Medications

الحمل Pregnancy

Previous Surgeries, Hospitalization
عمليات سابقة : ادخال للمستشفى

Smoking (التدخين) : Y / N

Alcohol (الكحول) : Y / N

Drugs (دوائى) : Y / N

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

REDAD DATA

cAEAlOEBA83ODQxO*

Confirm Data

Public Data Readed Succ

SHOW READED DATA

Public Data Verification report

File	Valid Signature?
Non-Modifiable Data (SF3)	False
Modifiable Data (SF5)	False
Holder Signature Image (SF7)	False
Photography	False
Home Address	False
Work Address	False

Card Holder Information

Name	Areej,Hisham,Asad,Al Hasan	IDN:	784198838731747	Mother Name:	
Name (Ar)	أريج هشام أسعد الحسن	Card Number:	093388724	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	JOR	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	الأردن		
Issue Date:	01/03/2019	Sex:	F	Sponsor Type:	08
Expiry Date:	26/02/2022	Date of Birth:	03/03/1988	Sponsor Name:	هذه الشركة للاستثمار والتطوير شروق
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	07	Residency Number:	30120197013695	Residency Expiry:	26/02/2022
ID Type:	IL	Occupation:	96	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

<http://orchidsvr/EMID/default.aspx>

3/26/2019



precisely Kindly Answer the following questions

How do you better describe your skin Type	ما هو الوصف الأنسب لنوع بشرتك؟
<input type="checkbox"/> Always Burned , little tanned	<input checked="" type="checkbox"/> دائمة الاحترق , قليلة الاسمرار
<input type="checkbox"/> Always Burned, Never Tanned	<input type="checkbox"/> دائمة الاحترق , عديمة الاسمرار
<input type="checkbox"/> Little Burned, Always Tanned	<input type="checkbox"/> قليلة الاحترق , دائمة الاسمرار
<input type="checkbox"/> Rarely Burned, Always Tanned	<input type="checkbox"/> نادرة الاحترق , دائمة الاسمرار
Have you ever had Herpes simplex, blisters or ulcers on site? Yes/ No	هل ظهرت لديك سابقا علامات نوب أو جيرة؟ نعم / لا <input checked="" type="checkbox"/>
Have you Taken Akutan or Isotritonine in the last 6 months? Yes/ No	هل ظهر لديك حلا البسيط أو يثور أو تقرحات في منطقة العلاج؟ نعم / لا <input checked="" type="checkbox"/>
Have you used Retin A.Glycolic acid or Hydroquonon on Site? Yes/ No	هل تناولت عقار الاكيتان/ اليسوتريتونين خلال الست أشهر الماضية؟ نعم / لا <input checked="" type="checkbox"/>
Have you plucked or waxed hair on site in the last 6 months? Yes / No	هل استخدمت ريشين أي أو منتجات حمض الجليكوليك أو الهانديروكيتون في منطقة العلاج؟ نعم / لا <input checked="" type="checkbox"/>
Did you get exposed to sun or got tanned lately? No	هل قمت بتفت أو كي أو إزالة الشعر بالشع في منة العلاج خلال ال 6 أسابيع الماضية؟ نعم / لا <input checked="" type="checkbox"/>
Do/ Did you use any tanning products? Yes / No	هل استخدمت مستحضرات تسمير البشرة؟ نعم / لا <input checked="" type="checkbox"/>
Do you Have any tattoos on site? Yes / No	هل لديك أي وشم / تاتو في منطقة العلاج؟ نعم / لا <input checked="" type="checkbox"/>
Have you been diagnosed with any hormonal abnormalities? Yes / No	هل تم تشخيصك سابقا بأي اختلالات أو مشاكل هرمونية؟ نعم / لا <input checked="" type="checkbox"/>
What products you are using for your skin recently? No	ماهي المنتجات التي تستخدمها للبشرتك حاليا؟ نعم / لا <input checked="" type="checkbox"/>
Have you Done Any Laser Hair Removal Before? Yes / No	هل أجريت أي عملية إزالة شعر سابقا؟ نعم / لا <input checked="" type="checkbox"/>
For Ladies: Are You Pregnant ? Yes / No	السيدات فقط : هل انت حامل؟ نعم / لا <input checked="" type="checkbox"/>
Have you done any permanent make up? Yes / No	هل قمت سابقا بإجراء مكياج دائم للوجه؟ نعم / لا <input checked="" type="checkbox"/>

I Areej Al-Hassan hereby consent that I came to Orchid Medical Center/ Sharjah to remove unwanted hair by laser. I understand that laser produces a beam of light that generates an energy of a certain wavelength which is absorbed in the pigments of hair follicles to impair its' ability to grow hair. I understand that the results of the treatment varies from one person to another by the variation of medical history and the skin type, hair type, patients commitment to precautions before and after sessions and the variation of individual responses to treatment. and I consent that I know all the alternative hair removal methods and I choose removing my unwanted hair by laser.

I consent that I got the following precautions:

- It's not allowed to get tanned or use tanning solutions for 4-6 weeks before and after treatment.
- Waxing and Plucking must be avoided at least 6 weeks prior to sessions.
- Tattoos and permanent make up on treatment site will be affected by laser.
- Full Medical History must be given including previous treatments, allergies and skin type.
- people who took akutan during the last 6 months or any drugs that inhibits patients from sun exposure can not remove their hair by laser.
- I understand that i might see some change from first session, nevertheless the treatment will take many sessions to get the result.

Side Effect

side effects may include burning like redness. and it's possible to see some swelling or cracks. these side effects will fade away few hours to few days after treatment. hypo/hyperpigmentation is not common and it rarely last. it's advisable to avoid sun exposure. and to use sun protections.

I consent that I had the chance to enquire and ask any questions I have to the therapist and I have read and understood the content of this form (or it was read to me) and I am more than 18 years old or I have the approval of my sponsor.

Name and Signature

.....

Date

26.../08...2019

أقر أنا Areej Al-Hassan بالموافقة على إزالة الشعر غير المرغوب به في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز الليزر المعقود.

وأتفهم أن أشعة الليزر تنتج طبقة من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم امتصاصها في الأصباغ الموجودة في بصيلات الشعر لتعمل قريبا على انهاء الشعر. وأتفهم أن نتائج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي ونوع البشرة ونوع الشعر و التزام المريض بتعليمات المعالج قبل وبعد الجلسات و اختلاف استجابة الأشخاص للعلاج. و أتي على علم كامل بكافة الطرق البديلة لإزالة الشعر كالتفت و التفت و الكريسات و إزالة الشعر بالشع و الكي و أتي اخترت إزالة الشعر بالليزر.

أقر بأنني قد تلقيت التعليمات التالية:

- لا يسمح بالتسمير أو استخدام مستحضرات التسمير لمدة 4-6 أسابيع قبل وبعد العلاج.
- يجب تعادي إزالة الشعر بالشع أو التفت قبل العلاج ب 6 أسابيع على الأقل.
- الوشم و التاتو و المكياج الدائم في منطقة العلاج قد تتأثر بالعلاج بالليزر.
- يجب إعطاء التاريخ الطبي كاملا ويشمل ذلك العلاجات و الحساسيات و نوع البشرة
- الأشخاص الذين تناولوا عقار الاكيتان خلال الست اشهر الماضية أو أي عقاقير تمنعهم من التعرض للشمس لفترة طويلة لا يمكنهم إزالة الشعر بالليزر.
- أتفهم أنه برغم التغيير الذي قد الحظه من الجلسة الأولى فإن العلاج يحتاج إلى عدة جلسات للحصول على النتيجة المطلوبة.
- الأعراض الجانبية

قد تتضمن الأعراض الجانبية احمرار البشرة بما يشبه الحروق. و من الممكن حدوث بعض التورم و التنتفلات. و هذه الأعراض الجانبية ستلاشي خلال بضع ساعات إلى عدة أيام بعد العلاج. نقص أو زيادة التصبغات ليست بالأمر الشائع و لا تدوم في حال حدوثها. و ينصح بعدم التعرض لأشعة الشمس و استخدام المستحضرات الواقية من الشمس.

أقر أنه قد أتيحت لي الفرصة للاستفسار و توجيه الأسئلة إلى المعالج المختص و أتي قد قرأت و فهمت محتويات هذا الأقرار أو قد تمت قراءته لي. و أتي تجاوزت الثامنة عشر من عمري أو حصلت على موافقة ولي أمر في حال عدم بلغي السن القانوني.

الاسم و التوقيع

.....

التاريخ

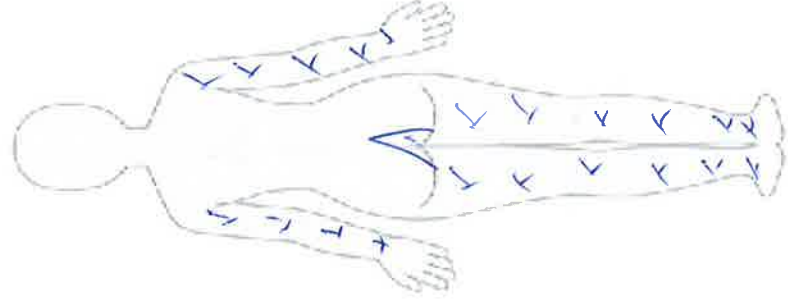
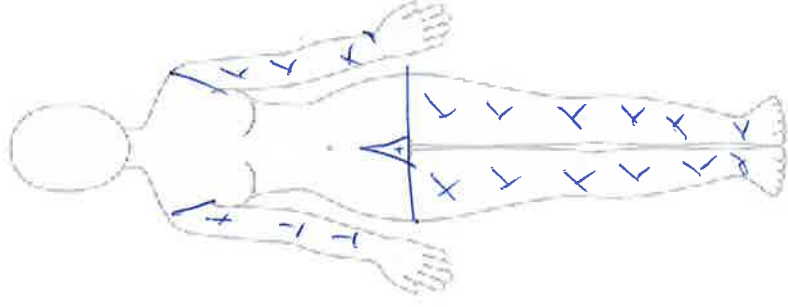
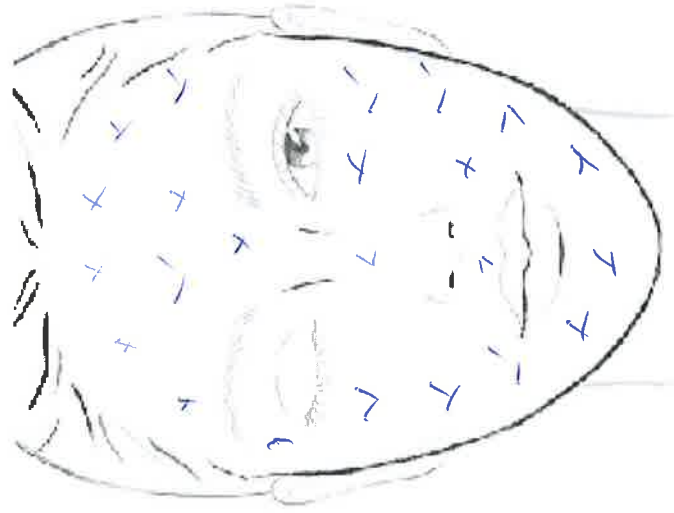
..... / /

Patient's Name: **AREEJ**

File Number: رقم الملف: **1001817**

Pain Relief given? Yes / No تقييم المريض: Evaluation and consent form completed? Yes / No

Pretreatment photography taken? Yes / No

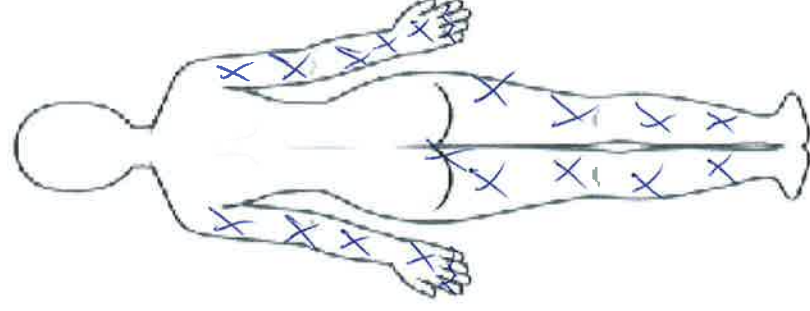
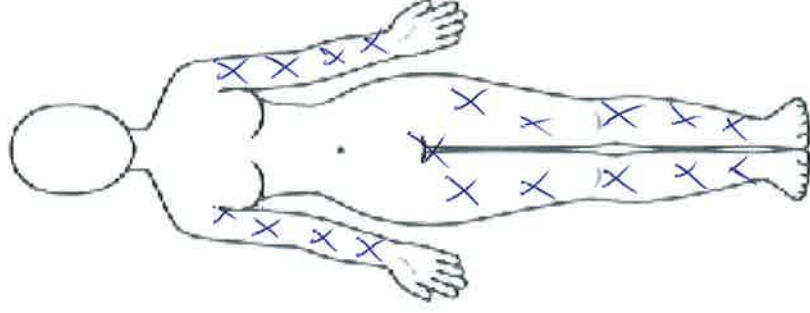
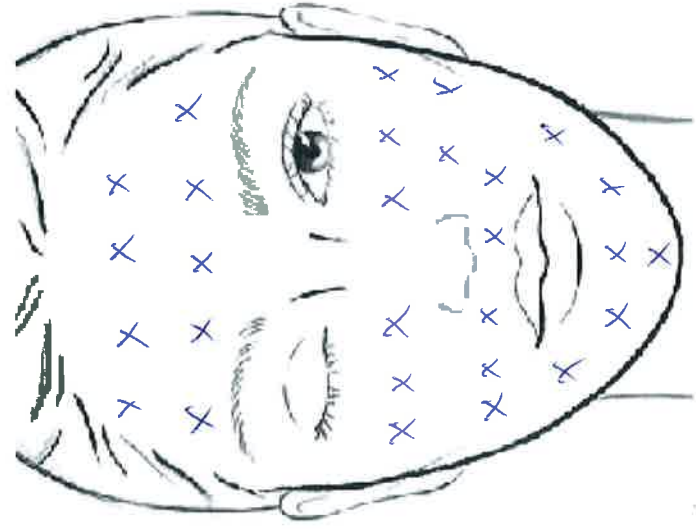


	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	21/1/2017	04/05/19	02/06/19	29/6/19	29/07/19	25/08/19
Treatment Area	Full Body	Full Body	Same	full body	Same	Same
Hair Type	THICK / DARK	Same	Medium	Soft	Medium	Medium
Mode	DPI / FDP	DPI / FDP	DPI / FDP	DPI / FDP	DPI / FDP	DPI / FDP
Fluence	18J / 6J	20J / SHORT	20J / SHORT	24J / BUREST & 20J / SHORT	22J / SHORT	22J / SHORT
Pulse Type		FJ / SHORT	FJ / SHORT			
CNT Pulse						6-7
Passes	2	2	2			
Starting Time	10:30 AM	11:50 AM	12:15 PM	7:5/6	7-6J / SHORT	2
Finish Time	12:30 PM	1:45 PM	1:40 PM	10 AM	6 PM	7:30 PM
Post Treatment	Melbo		FUCIORT	11:30 AM	7:30 PM	

Areed

Therapist Name and Signature

Patient's Name: Azeq al Hasan اسم المريض
 File Number: 1001877 رقم الملف
 Pain Relief given? Yes / No
 Evaluation and consent form completed? Yes / No
 Pretreatment photography taken? Yes / No



8 9. Deka.

	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	28/09/19	26/10/19	16/11/19	29/01/20	19/02/20	
Treatment Area	Full body	Same	Same	Same	Same	
Hair Type	Med/Soft	Med/Soft	Med/Dark	Med/Soft	Soft/Dark	
Mode	DPI/FDP	DPI/FDP	DPI/FDP	Med/Soft	Soft/Dark	
Fluence	24J/SHORT	24J/SHORT	24J/SHORT	Alex	Alex	
Pulse Type	6-FJ	6-FJ	6-FJ/SHORT	8-FJ/10.5	8-9J/10ms	
CNT Pulse	2	2	2	2	2	
Passes	3 pm	4:30 pm	5:30 pm	Bilal-YAG, Bilal-16J/5ms	16J/5ms	
Starting Time	4:30 pm	6 pm	7 pm	6 pm	5:45 pm	
Finish Time				7 pm	6:45 pm	
Post Treatment						

Therapist Name and Signature



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

No: REC-003092

RECEIPT VOUCHER

AED 2,600.00

Date: 26-03-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001817 - AREEJ AL HASAN - 971564642961

The sum of Dhs. Two Thousand Six Hundred Only

By Cash 2,600.00 / By Credit Card 0.00 (Bank Charges: 0.00) / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No. Date:

Being ADVANCE FOR FULL BODY PKG 4900

Made by Hiba

76.03.2014
Hiba

- 1.Any Advance refund will be accepted within 48 hours for 25% of deduction from the total amount.
- 2.Treatment includes lab cost is non-refundable.
- 3.After 48 hours No refundable accepted

Tel : + 9716 555 8337, Fax: + 9716 528 8130, e - mail : info@omc1.ae
www.omc1.ae



مركز أوركيدي الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 2,600.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-003177)

Date:01-04-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001817 - AREEJ AL HASAN - 971564642961

The sum of Dhhs. Two Thousand Six Hundred Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 2,600.00

Bank: Cheque No.

Date: 01-04-2019

Being PT PAID FOR FULL BODY PKG4900 + VAT PAID IN CASH 2600 AND 2 CHEQUES EACH 1273 AED TOTAL 2546AED

Made by Rana

- 1.Any Advance refund will be accepted within 48 hours for 25% of deduction from the total amount.
- 2.Treatment includes lab cost is non-refundable.
- 3.After 48 hours No refundable accepted

Confirmed by : 1001817 - AREEJ AL HASAN - 971564642961

Tel : + 9716 555 8337, Fax: + 9716 528 8130, e - mail : info@omc1.ae
www.omc1.ae

ORCHID MEDICAL CENTER

MODE OF PAYMENT RECEIVED FOR LAB PROCEDURE

Patient name: Areej file # 1001817

NO: TEETH	RATE / TEETH	TOTAL AMT OF TREATMENT:	ADVANCE COLLECTED	CASH	CARD	CHEQUE	BALANCE
Full body (4900)	Pkg	5145	2600. CASH	—			

BALANCE AMOUNT

INSTALLMENT DETAILS

BANK NAME	DT: CHQ	CHQ #	INSTALLMENT AMT	CHQ REPLACEMENT DETAILS
Sharjah Islamic	5-5-2019	000033	#1273/-	
Sharjah Islamic	5-6-2019	000031	#1273/-	

CHQ COLLECTED FROM FRONT DESK:

NAME & SIGNATURE WITH DT :

2-4-2019

Rane

TOTAL

2546

7/1



Date 05/05/2019 التاريخ

American University Branch

فرع الجامعة الامريكية

Pay against this Cheque to
or Bearer

ادفعوا بموجب هذا الشيك لأمر
أو لحامله

Orchid Medical Center
One Thousand Two Hundred
Seventy Three only

درهم AED # 1,273 #

درهم One Thousand Two Hundred
Seventy Three only

AREEJ HISHAM ASAD AL HASAN

A/C # 0011284805002

الإمضاء

٢٨٤٨٠٥٠٠٢ ٣٣٣١٠٤١٣٠ ٢٨٤٨٠٥٠٠٢



Date 05/06/2019 التاريخ

American University Branch

فرع الجامعة الامريكية

Pay against this Cheque to
or Bearer

ادفعوا بموجب هذا الشيك لأمر
أو لحامله

Orchid Medical Center
One Thousand Two Hundred
Seventy Three only

درهم AED # 1,273 #

درهم One Thousand Two Hundred
Seventy Three only

AREEJ HISHAM ASAD AL HASAN

A/C # 0011284805002

الإمضاء

٢٨٤٨٠٥٠٠٢ ٣٣٣١٠٤١٣٠ ٢٨٤٨٠٥٠٠٢



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,273.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-003556)

Date:04-05-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001817 - AREEJ AL HASAN - 971564642961

The sum of Dhs. One Thousand Two Hundred Seventy-Three Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 1,273.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00


Bank: Cheque No.

Date: 04-05-2019

Being

Made by Rana

Cash Received against che Refund
chqf 000033 - Dt: 05/05/19



- 1.Any Advance refund will be accepted within 48 hours for 25% of deduction from the total amount.
- 2.Treatment includes lab cost is non-refundable.
- 3.After 48 hours No refundable accepted

Confirmed by : 1001817 - AREEJ AL HASAN - 971564642961

Tel : + 9716 555 8337, Fax: + 9716 528 8130, e - mail : info@omc1.ae
www.omc1.ae



مصرف الشارقة الإسلامية
Sharjah Islamic Bank

التاريخ 05/05/2019
Date

American University Branch
فرع الجامعة الأمريكية

Pay against this Cheque to

إدفعوا بموجب هذا الشيك لأمر

or Bearer

أو لحامله

Orchid Medical Center

Dirhams One Thousand Two Hundred

درهم AED ١.273#

Seventy Three only

AREEJ HISHAM ASAD AL HASAN

A/C # 0011284805002

الإمضاء

Signature

٠٠٠٠٠٣٣١٠٤١٣٠١٣٣١٠٢٨٤٨٠٥٠٠٢

original cheque Recieved
on 4-5-19

Beauf





مركز أوركيده الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,272.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-003916)

Date:02-06-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001817 - AREEJ AL HASAN - 971564642961

The sum of Dhhs. **One Thousand Two Hundred Seventy-Two Dirhams and Zero Fils Only**By Cash **1,272.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank:

Date: **02-06-2019**Being **LAST PAYMENT FOR FULL BODY PKG**Made by **Rana**

- 1.Any Advance refund will be accepted within 48 hours for 25% of deduction from the total amount.
- 2.Treatment includes lab cost is non-refundable.
- 3.After 48 hours No refundable accepted

Confirmed by : 1001817 - AREEJ AL HASAN - 971564642961

Tel : + 9716 555 8337, Fax: + 9716 528 8130, e - mail : info@omc1.ae
www.omc1.ae



مركز أوركيذ الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 420.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-006990)

Date:09-01-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001817 - AREEJ AL HASAN - 971564642961

The sum of Dhs. Four Hundred Twenty Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 420.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 09-01-2020

Being 1 SESSION WHITING + VAT

Made by Reem

- 1.Any Advance refund will be accepted within 48 hours for 25% of deduction from the total amount.
- 2.Treatment includes lab cost is non-refundable.
- 3.After 48 hours No refundable accepted

Confirmed by : 1001817 - AREEJ AL HASAN - 971564642961

Tel : + 9716 555 8337, Fax: + 9716 528 8130, e - mail : info@omc1.ae
www.omc1.ae