



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No:

Date: 16/4/19

Date: 16/4/2019

File Number: 1001978

Patient Name: Ms. Maria Tamara

إسم المريض:

Date Of Birth: 25/9/84 Gender: M / F

Marital Status: (الحالة الاجتماعية)

Nationality: Lebanese

Occupation:

Address (العنوان): Sharjah

Phone No. (رقم الهاتف): 050-2732504

E-MAIL: tamirjem@yaho.com

How did you know about us:

التاريخ الطبي Medical History		
الحالة الطبية Medical Condition	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كانت الاجابة نعم اذكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثاً؟	No	
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟	No	
Allergies هل لديك أي حساسية؟	No	
Surgical Operations, Serious Illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاليت من أي أمراض؟	No	Breast augmentation
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب	No	
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات للدم؟	No	
Anemia, Leukemia (سرطان الدم)، لوكيميا	No	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، أمراض أخرى	No	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاليت من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟	No	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعالين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	No	
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى	No	
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟	No	
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاليت من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	No	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاليت من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟	No	
Other conditions HSV, HIV...etc	No	



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 أسمح للطبيب بعلاج حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و المؤهل،

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

أتفهم أنه من الممكن أن يكشف 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 نتائج لتتبع العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجميلية المقدمة لي، كما أتفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.

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

و ادرك ان بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الى مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو اليرقان 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 قدمته لي فتحي الملف الصحية و أتفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماما ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي

أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتقديم هذا الأقرار 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 (لمن هم دون السن القانونية):

التاريخ: 19 / ٨ / ٢٠١٦.

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

Weight (الوزن): 58 Kg	Height (الطول): 162 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 ، ابحال للمستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (عقاقير): Y / N

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

File No:

Date: / /

Treatment Plan خطة العلاج

Doctor's Signature and Stamp

.....



PATIENT NAME: Maryam

FILE NO#:

DATE	TREATMENT	PAYMENT	BALANCE	SIGNATURE
16-4-2019	Full body Pkg 4900 Shared with her sister Fatme File no. (1001977) 6 session each	1250	1322.50	
29/4/19	HTR FULL BODY			د. وسام مروان الطباع Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa مركز أوركيده الطبي Orchid Medical Centre ترخيص رقم: 1826 MOH License No. 1826
24/6/19	HTR Full body (VIKNI) 8.07.19 carbon laser			د. وسام مروان الطباع Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa مركز أوركيده الطبي Orchid Medical Centre ترخيص رقم: 1826 MOH License No. 1826
18/7/19	HTR full body (VIKNI) CHAI PENDING			د. وسام مروان الطباع Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa مركز أوركيده الطبي Orchid Medical Centre ترخيص رقم: 1826 MOH License No. 1826
6.08.019	carbon laser			د. وسام مروان الطباع Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa مركز أوركيده الطبي Orchid Medical Centre ترخيص رقم: 1826 MOH License No. 1826
19/8/19	HTR full body			د. وسام مروان الطباع Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa مركز أوركيده الطبي Orchid Medical Centre ترخيص رقم: 1826 MOH License No. 1826
19.08.19	carbon laser			د. وسام مروان الطباع Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa مركز أوركيده الطبي Orchid Medical Centre ترخيص رقم: 1826 MOH License No. 1826
19/8/19	HTR full body (VIKNI) 1 more session pending			د. وسام مروان الطباع Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa مركز أوركيده الطبي Orchid Medical Centre ترخيص رقم: 1826 MOH License No. 1826
23/8/19	HTR full body (VIKNI)			د. وسام مروان الطباع Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa مركز أوركيده الطبي Orchid Medical Centre ترخيص رقم: 1826 MOH License No. 1826
25/11/19	hair Bikini (VIKNI) - 1 Session			د. وسام مروان الطباع Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa مركز أوركيده الطبي Orchid Medical Centre ترخيص رقم: 1826 MOH License No. 1826
06/12/19	hair Bikini (Deka) Package - finished			د. وسام مروان الطباع Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa مركز أوركيده الطبي Orchid Medical Centre ترخيص رقم: 1826 MOH License No. 1826
16/12/19	HTR Bikini (Deka) Instead of face			د. وسام مروان الطباع Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa مركز أوركيده الطبي Orchid Medical Centre ترخيص رقم: 1826 MOH License No. 1826



precisely Kindly Answer the following questions *يرجى الاجابة على الأسئلة التالية بدقة

How do you better describe your skin Type	ما هو الوصف الأنسب لنوع بشرتك ؟
<input type="checkbox"/> Always Burned , little tanned	<input type="checkbox"/> دائمة الاحترق , قليلا 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"/> قليلا الاحترق , دائمة الاسمرار
<input type="checkbox"/> Rarely Burned, Always Tanned	<input type="checkbox"/> نادرا الاحترق , دائمة الاسمرار
Have you Ever had Scars or keloids? Yes / No	هل ظهرت لديك سابقا علامات ندوب أو جدره ؟ نعم / لا
Have you ever had Herpes simplex, blisters or ulcers on site? Yes / No	هل ظهر لديك حلا بسيط أو بثور أو تقرحات في منطقة العلاج ؟ نعم / لا
Have you Taken Akutan or Isotritonine in the last 6 months? Yes/ No	هل تناولت عقار الاكوتان/الاسوتريتينين خلال الست اشهر الماضية؟ نعم / لا
Have you used Retin A,Glycolic acid or Hydroquinon on Site?Yes/ No	هل استخدمت ريتين أي أو منتجات حمض الجاليكوليك أو الهيدروكينون في منطقة العلاج ؟ نعم / لا
Have you plucked or waxed hair on site in the last 6 months? Yes / No	هل قمت بنق أو كي أو إزالة الشعر بالشمع في منطة العلاج خلال ال ٦ أسابيع الماضية؟ نعم / لا
Did you get exposed to sun or got tanned lately?	متى كانت آخر مرة تعرضت فيها لأشعة الشمس لمدة طويلة أو قمت بجلسة الشمع؟ نعم / لا
Do/ Did you use any tanning products? Yes / No	هل استخدمت مستحضرات تسمير البشرة؟ نعم / لا
Do you Have any tattoos on site? Yes / No	هل لديك اي وشم / تاتو في منطقة العلاج ؟ نعم / لا
Have you been diagnosed with any hormonal abnormalities? Yes / No	هل تم تشخيصك سابقا بأي اختلالات أو مشاكل هرمونية ؟ نعم / لا
What products you are using for your skin recently?.....	ماهي المنتجات التي تستخدمها لبشرتك حاليا؟
Have you Done Any Laser Hair Removal Before? Yes / No	هل اجريت اي عملية إزالة شعر سابقا؟ نعم / لا
For Ladies: Are You Pregnant ? Yes / No	السيدات فقط : هل انت حامل؟ نعم / لا
Have you done any permanent make up? Yes / No	هل قمت سابقا بإجراء مكياج دائم للوجه؟ نعم / لا

I 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

أقر أنا بقدمي الى مركز أوركيد الطبي/ الشارقة لازالة الشعر غير المرغوب به في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز الليزر المتوفر.

وأفهم أن أشعة الليزر تنتج طيفا من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم امتصاصها في الأصبغ الموجودة في بصيلة الشعر لتعطل قدرتها على انماء الشعر.

وأفهم أن نتائج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التركيب الطبي و نوع البشرة و نوع الشعر و التزام المرضى بتعليمات المعالج قبل و بعد الجلسات و اختلاف استجابة الأشخاص للعلاج. و إنني على علم كامل بكافة الطرق البديلة لازالة الشعر كالحلق و التصف و الكريمات و إزالة الشعر بالشمع و الكي و إنني اخترت إزالة الشعر بالليزر.

أقر بأنني قد تلقيت التعليمات التالية:

- لا يسمح بالتسمير أو استخدام مستحضرات التسمير لمدة ٤-٦ أسابيع قبل و بعد العلاج.
- يجب تقادي إزالة الشعر بالشمع أو التصف قبل العلاج ب ٦ أسابيع على الأقل.
- الوشم و التاتو و المكياج الدائم في منطقة العلاج قد تتأثر بالعلاج بالليزر.
- يجب اعطاء التاريخ الطبي كاملا و يشمل ذلك العلاجات و المساسية و نوع البشرة
- الاضخاص الذين تناولوا عقار الاكوتان خلال الست اشهر الماضية أو اي 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 التشققات. و هذه الأعراض الجانبية ستلاشي خلال بضع ساعات الى عدة ايام 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.

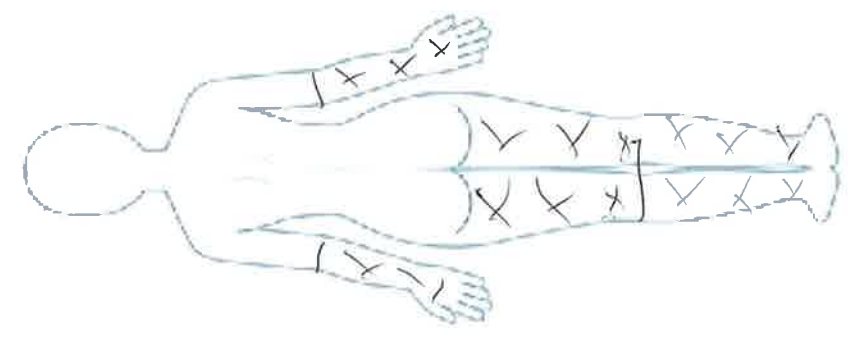
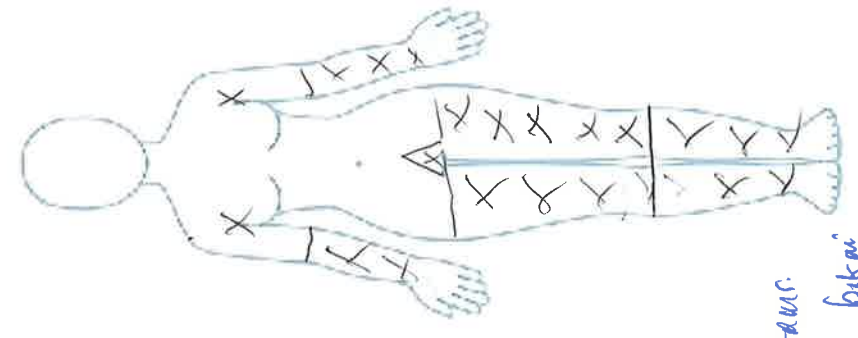
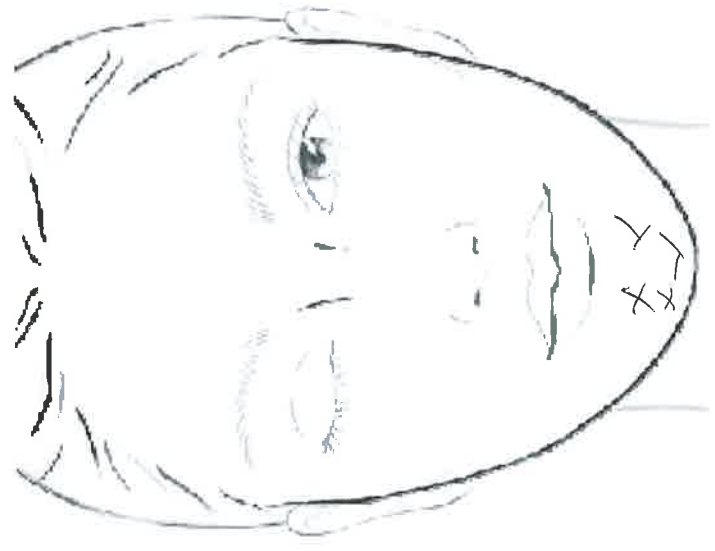
أقر أنه قد أتحت لي الفرصة للاستفسار و توجيه الأسئلة الى المعالج المختص و أنني قد قرأت و فهمت محتويات هذا الاقرار أو قد تمت قراءته لي. و أنني تجاوزت الثامنة عشر من عمري او حصلت على موافقة ولي أمر في حال عدم بلوغني السن القانوني.

الاسم و التوقيع

التاريخ

..... / /

Patient's Name: M.A. R. A.M. اسم المريض:
 File Number: 1001978 رقم الملف:
 Pain Relief given? Yes / No Yes Evaluation and consent form completed? Yes / No
 Pretreatment photography taken? Yes / No Yes Pretreatment photography taken? Yes / No



she is not doing face & u. arms.
 instead of this 2 session bikini add.

	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	28/4/19	26/6/19	18/7/19	19/8/19	18/9/19	23/10/19
Treatment Area	Full body	Full body	Full body	Full body	Full body	Full body
Hair Type	M/DARK	Soft/Darker	Soft/D	Soft/D	Soft/D	Soft/D
Mode	DPI / FDP	DPI / FDP	DPI / FDP	DPI / FDP	DPI / FDP	DPI / FDP
Fluence	200/165	205/165	220/165	260/165	260/165	260/165
Pulse Type	2 pass	2 pass	2 pass	2 pass	2 pass	2 pass
CNT Pulse	10.45	12.20pm	5.15	6pm	12N	14m
Passes	12.20pm	40m	6.30pm	7.30pm	1.30m	2.30m
Starting Time	Bees	Bees	Bees	Bees	Bees	Unwashed
Finish Time						
Post Treatment						

Therapist Name and Signature

REDAD DATA

CAEAIOEBAA83ODQXO

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	Mariam,Ibrahim,Tallouzi	IDN:	784198492737139	Mother Name:	
Name (Ar)	مريم ابراهيم طلوزي	Card Number:	086049022	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	PSE	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	فلسطين		
Issue Date:	29/10/2017	Sex:	F	Sponsor Type:	03
Expiry Date:	07/09/2019	Date of Birth:	01/01/1984	Sponsor Name:	احمد خالد الموسى
Marital Status:	02	Husband IDN:		Sponsor Number:	43813111
Residency Type:	03	Residency Number:	20120113126278	Residency Expiry:	07/09/2019
ID Type:	IL	Occupation:	10	Occupation Field:	00

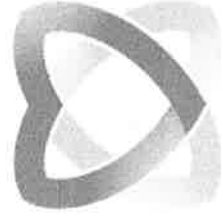


Photo

Signature Image

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

4/16/2019



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,250.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-003360

Date: 16-04-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001978 - MARIAM TALLOUZI - 971502732504

The sum of Dhs. **One Thousand Two Hundred Fifty Only**By Cash **1,250.00** / 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: _____

i g **ADVANCE FOR FULL BODY PKG 4900 + VAT SHARED WITH HER SISTER FATME FILE NO:(1001977)**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

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



مركز أوركييد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 750.00

No: REC-004177

RECEIPT VOUCHER

Date: 24-06-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1001978 - MARIAM TALLOUZI - 971564774500**The sum of Dhs. **Seven Hundred Fifty Only**By Cash **750.00** / 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 **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

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



مركز أوركيديد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 750.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-004432)

Date:18-07-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001978 - MARIAM TALLOUZI - 971564774500

The sum of Dhs. **Seven Hundred Fifty 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 **750.00**

Bank: Cheque No.

Date: 18-07-2019

Being

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 : 1001978 - MARIAM TALLOUZI - 971564774500

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



مركز أوركييد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,822.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-004431)

Date:18-07-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001978 - MARIAM TALLOUZI - 971564774500

The sum of Dhs. One Thousand Eight Hundred Twenty-Two Dirhams and Fifty Fils Only

By Cash 572.50 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 1,250.00

Bank: Cheque No.

Date: 18-07-2019

Being FULL BODY PKG 12 SESSION FOR 1 YEAR SHARED WITH HER SISTER FATME FILE NO:1001977

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 : 1001978 - MARIAM TALLOUZI - 971564774500

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



مركز أوركييد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 315.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-004429

Date: 18-07-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001978 - MARIAM TALLOUZI - 971564774500

The sum of Dhs. Three Hundred Fifteen Only

By Cash 315.00 / 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:

Bank: ADVANCE FOR CARBON PKG 700 + VAT

Made by Hiiba

- 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 أوركيده الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 735.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-004663)

Date:06-08-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001978 - MARIAM TALLOUZI - 971564774500

The sum of Dhs. Seven Hundred Thirty-Five 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 315.00

Bank: Cheque No.

Date: 06-08-2019

Being 3 SESSION CARBON LASER + VAT

Made by 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

Confirmed by : 1001978 - MARIAM TALLOUZI - 971564774500

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,050.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-007466

Date: 05-02-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1001978 - MARIAM TALLOUZI - 971564774500**

The sum of Dhs. **One Thousand and Hundred Fifty Only**

By Cash **1,050.00** / 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 pkg 1000 + vat includes bikini under arms laser + botox + scaling polishing + carbon laser**

Made by **Super Administrator**

- 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 أوركيذ الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 105.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-007467)

Date:05-02-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001978 - MARIAM TALLOUZI - 971564774500

The sum of Dhs. One Hundred Five 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 105.00

Bank: Cheque No.

Date: 05-02-2020

Being carbon laser + vat feb offer from pkg 1000

Made by Super Administrator

- 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 : 1001978 - MARIAM TALLOUZI - 971564774500

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