



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No: ١٥٥١٩٩٣

Date: ١٨/٠٤/٢٠١٩

Date: ١٨/٠٤/٢٠١٩

File Number: ١٥٥١٩٩٣

Patient Name: Noor Klisk Sedeeg

اسم المريض:

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 11/3/2004

Marital Status(الحالة الاجتماعية): Student

Gender (الجنس): M (F)

Occupation (الوظيفة):

Nationality (الجنسية): ١٧٨٩

Phone No. (رقم الهاتف): 0569180611/0568167

Address (العنوان): Ajman - Naimeja

How did you know about us: kstafkam

E-MAIL: Noor.klisk@icloud.com

التاريخ الطبي	
Medical Condition	الحالة الطبية
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حثيثاً؟	No
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات المناعة؟	No
Allergies هل لديك أي حساسية؟	No
Surgical Operations, Serious Illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟	No
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) انيميا (فقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)	No
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، أمراض أخرى	No
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض بولية أو تناسلية؟	No
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	No
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي 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 هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ فيروس الإيدز، فيروس الحلا السبب...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 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 اي ضمانات او تأمين لنتائج العلاج و الإجراءات الطبية او التجريبية المقدمة لي، كما تفهم 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 التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الى 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 قديمته لدي فتحتي للملف الصحية و اتفهم ان اي 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 (لمن هم دون السن القانونية):

التاريخ: / /
16, 11, 2016
Kest

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

Weight (الوزن):	Kg	Height (الطول):	cm	Blood Type (دم فصية الدم):
Pulse (النبض):	ppm	Blood Pressure (ضغط 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 ، إخال المستشفى

Smoking (التخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (تعاطي العقاقير): Y / N

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

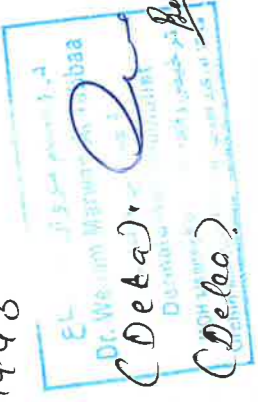
الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

File No:

Noorul Islam, /
Date: / /

1001993



خطة العلاج
Treatment Plan

7/4/20. LHR Bikm, full leg. face

15/4/20 LHR full leg. bikm, face

Doctor's Signature and Stamp
.....



PATIENT NAME:

FILE NO#:

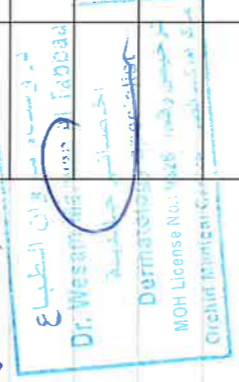
DATE	TREATMENT	PAYMENT	BALANCE	SIGNATURE
	إعادة معالجة حكة الساقين Biotin (4) - 400mg Poclofen رقم وجع فيلج 18/11/2019 400x11 الفاصل بين 5 ساعات حكة، الحفاطون زانتيد			
	As Per Dr. Alchimo First Payment 500 + vat and Every visit 400 For 11 Month	500		
	As ADP Dicitin	400		9/5/2019
	8/6/19 hhr full leg (Deka)			Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa Dermatology specialist MOH License No.: V826 Orchid Medical Centre
	9/6/2019 ORNO act			
	29/6/2019 ORNO act			
	16/7/19 hhr full leg (Deka)			Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa Dermatology specialist MOH License No.: V826 Orchid Medical Centre
	18/8/19 hhr full leg (Deka)			Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa Dermatology specialist MOH License No.: V826 Orchid Medical Centre
	28/9/19 hhr full bikini (Deka)			Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa Dermatology specialist MOH License No.: V826 Orchid Medical Centre
	7/10/2019 → Body of sets - orz N. i: 47 - 076 x 022 up/pt coil Spring for Medline Caroach 6 to Composit			
	29/10/19 - hhr Bikini (Deka)			Dr. Wesam Marwan Al Tabbaa Dermatology specialist MOH License No.: V826 Orchid Medical Centre



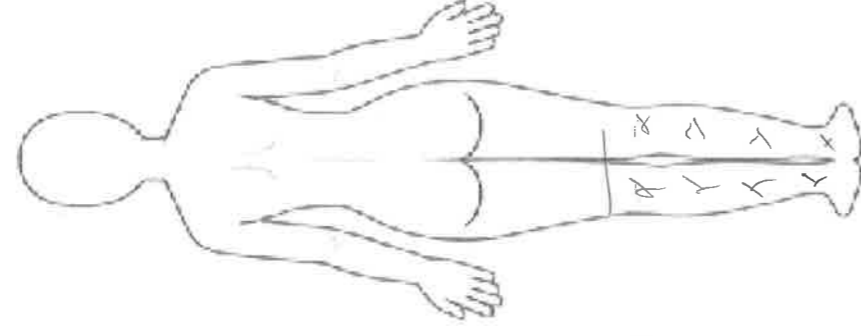
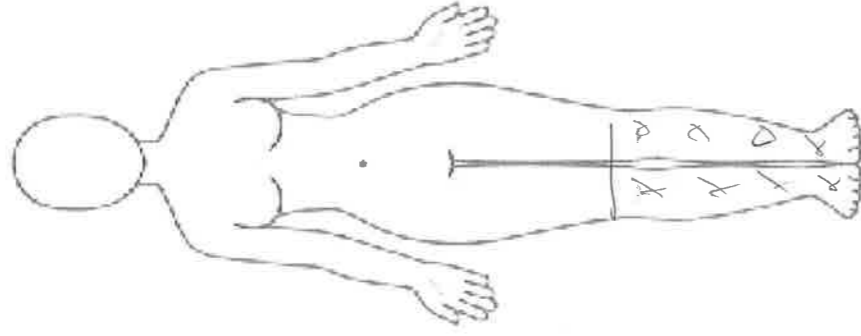
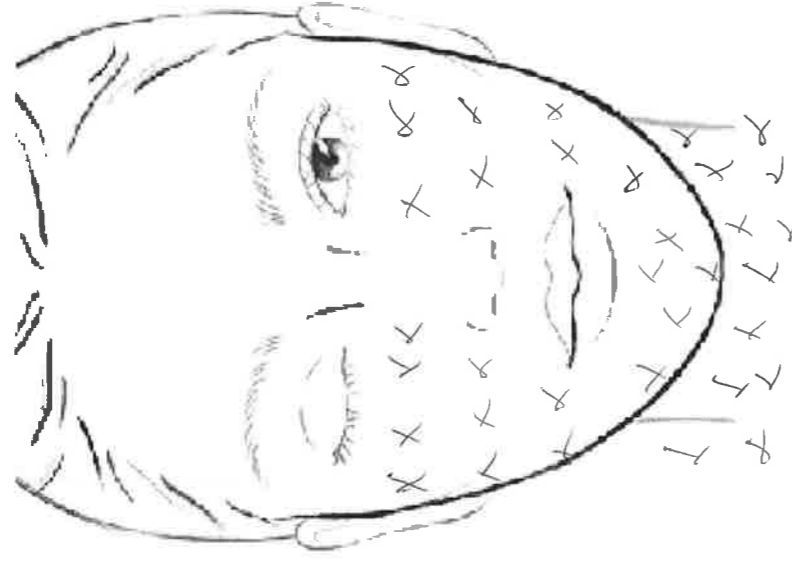
PATIENT NAME: Noored Islam

FILE NO#:

DATE	TREATMENT	PAYMENT	BALANCE	SIGNATURE
16/11/19	LHR full body - (Detarj)			<u>Peer</u>
	LHR 1/2 leg, 1/2 face (Deqa)			<u>Peer</u>
	laser Half legs From her Mother			<u>Peer</u>
	check file no. 1002976			
	Remainning 1 session			
9/12/19	LHR full bakmi (Deqa)			<u>Peer</u>
25/01/20	LHR 1/2 face + 1/2 legs.			
3/2/2020	- 076 lower Nif. upper same with coil spring in midline	300		
23/11/2020	→ She came & paicy treat day	300		
8/2/20	LHR full bakmi			<u>Peer</u>
5/3/2020	New spring for midline spring to left m upper, trying to close left side space 0162022 up Nif. Rt side space for it cannot close.	300	balance Now 2400	
7/4/2020	→ New Spring	300		



Patient's Name: نورا محمد سيد
 File Number: 150149
 Pain Relief given? Yes / No
 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	16/11/19	15/6/20				
Treatment Area	face, 1/2 leg	full leg				
Hair Type	thick 1D	finer 1D				
Mode	Alex 20	Alex 20				
Fluence	8/18ms	8/20ms				
Pulse Type		Bipolar Yag				
CNT Pulse		12/20ms				
Passes	1					
Starting Time	3:00pm					
Finish Time	4:15pm					
Post Treatment						

Therapist Name and Signature
[Signature]

REDAD DATA

cAEAlOEBA83ODQyMI

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	Noorulislam,Krisk,,Sedeeq	IDN:	784200496430354	Mother Name:	
Name (Ar)	نورالاسلام كريسك سديق	Card Number:	092911375	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	IRQ	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	العراق		
Issue Date:	31/01/2019	Sex:	F	Sponsor Type:	03
Expiry Date:	28/01/2022	Date of Birth:	14/03/2004	Sponsor Name:	كريسك صديق طبي
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	04919679
Residency Type:	03	Residency Number:	20120083054268	Residency Expiry:	28/01/2022
ID Type:	IL	Occupation:	98	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

بدون امضاء / No signature<http://orchidsvr/EMID/default.aspx>

4/18/2019



***يرجى الاجابة على الأسئلة التالية بدقة 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 type="checkbox"/> دائمة الاحتراق , قليلة الاسمرار
<input type="checkbox"/> Always Burned, Never Tanned	<input type="checkbox"/> دائمة الاحتراق , عديمة الاسمرار
<input type="checkbox"/> Little Burned, Always Tanned	<input type="checkbox"/> قليلة الاحتراق , دائمة الاسمرار
<input type="checkbox"/> Rarely Burned, Always Tanned	<input type="checkbox"/> نادرة الاحتراق , دائمة الاسمرار
Have you Ever had Scars or keloids? Yes / No	هل ظهرت لديك سابقاً 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 الأكيوتان/ ايسوتريتونين خلال الست أشهر الماضية؟ نعم / لا
Have you used Retin A,Glycolic acid or Hydrocortison on Site? Yes/ No	هل استخدمت ريتين أي أو منتجات حمض الجليكوليك أو الهيدروكورتيزون في منطقة العلاج؟ نعم / لا
Have you plucked or waxed hair on site in the last 6 months? Yes / No	هل قمت بتفك أو كي أو إزالة الشعر بالشمع في منطة العلاج خلال ال 6 أسابيع الماضية؟ نعم / لا
Did you get exposed to sun or got tanned lately? No	متى كانت اخر مرة تعرضت فيها لأشعة الشمس لمدة طويلة أو قمت بجلسة تسمير؟ 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 أو تاتو في منطقة العلاج؟ نعم / لا
Have you been diagnosed with any hormonal abnormalities? Yes / No	هل تم تشخيصك سابقاً بأي اختلالات أو مشاكل هرمونية؟ نعم / لا
What products you are using for your skin recently?	ماهي المنتجات التي تستخدمها لبشرتك حالياً؟
Have you Done Any Laser Hair Removal Before? Yes / No	هل اجريت اي عملية إزالة شعر سابقاً؟ نعم / لا
For Ladies: Are You Pregnant ? Yes / No	السيدات فقط : هل أنت حامل؟ نعم / لا
Have you done any permanent make up? Yes / No	هل قمت سابقاً 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 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

[Signature]

Date

... / ... /

الإسم و التوقيع

..... / /

التاريخ

..... / /

أقر أنا الشارقة لإزالة الشعر غير المرغوب به في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز مركز أوركيد الطبي / الليزر التوهج.

وأفهم أن أشعة الليزر تنتج طيفاً من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم امتصاصها في الأصباغ الموجودة في بصيلة الشعر لتمتد قدرتها على انهاء الشعر.

وأفهم ان نتائج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي و نوع الشعر و التزام المريض بتعليمات المعالج قبل و بعد الجلسات و اختلاف استجابة الأشخاص للعلاج. و إنني على علم كامل بكافة الطرق البديلة لإزالة الشعر كالحلق و التفت و الكريكات و إزالة الشعر بالشمع و الكي و إنني اخترت إزالة الشعر بالليزر.

أقر بأنني قد تلتقت التعليمات التالية:

- لا يسمح بالتسمير أو استخدام مستحضرات التسمير لمدة 4-6 أسابيع قبل و بعد العلاج.
- يجب تقادي إزالة الشعر بالشمع 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 كاملاً و يشمل ذلك العلاجات و المساسية و نوع البشرة
- الأشخاص الذين تناولوا عقار الأكيوتان خلال الست اشهر الماضية أو اي عقاير تمنعهم من

التعرض للشمس لفترة طويلة لا يمكنهم إزالة الشعر بالليزر.

أفهم أنه برغم التغيير الذي قد ألمحظه 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 الاعراض الجانبية ستلاشي خلال بضع ساعات الى عدة ايام بعد العلاج. نفس او 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.

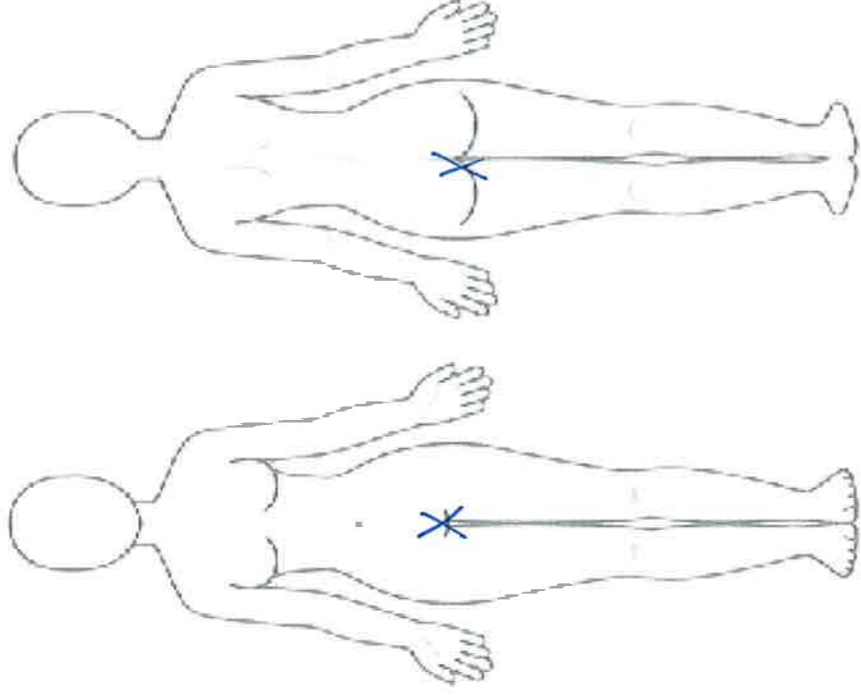
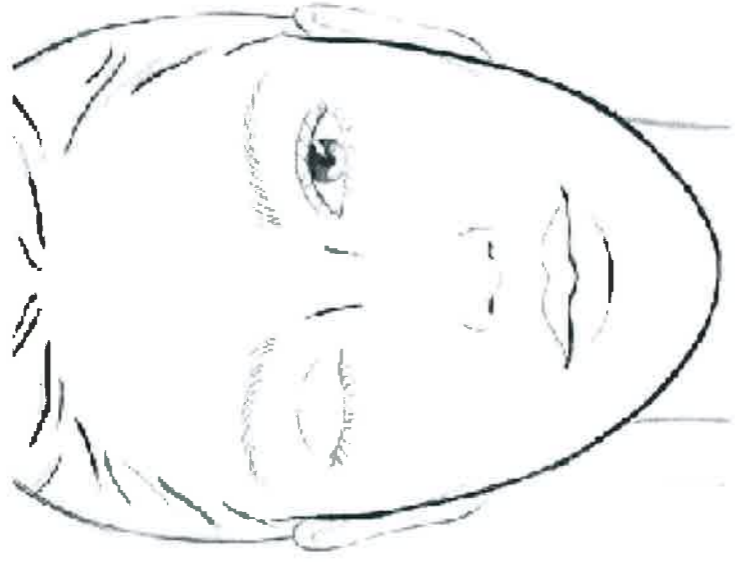
اسم المريض: Noorul

File Number: رقم الملف:

Evaluation and consent form completed? Yes / No

Pain Relief given? Yes / No Pretreatment photography taken? Yes / No

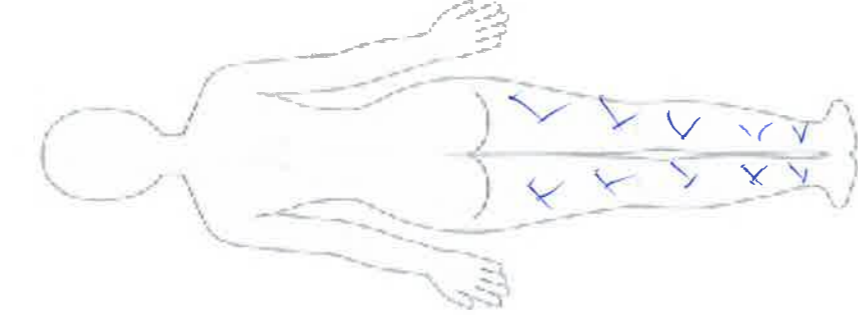
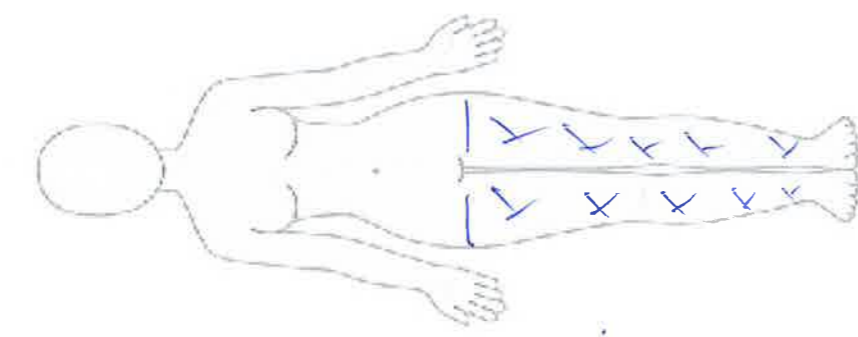
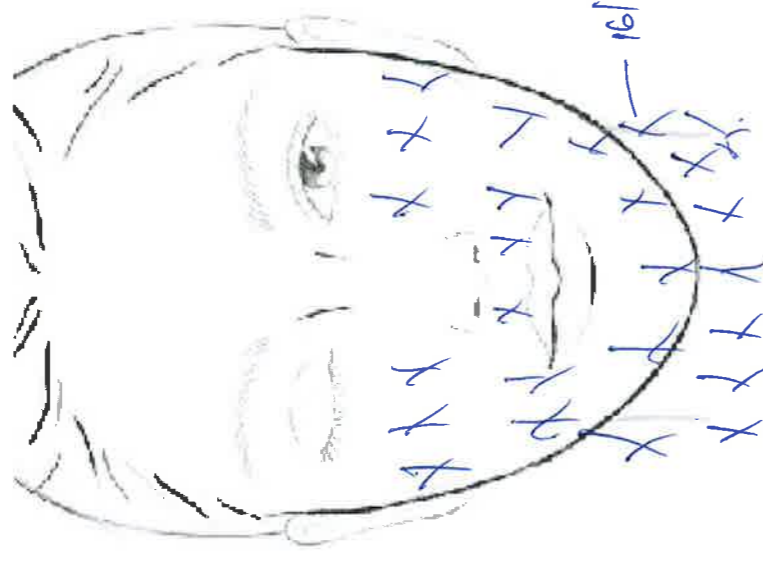
1001993



	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	9/12/19.	25/01/20.	8/2/20.	7/4/20		
Treatment Area	full bikini	1/2 face + 1/2 legs	full bikini	full leg, face		
Hair Type	thick ID		DARK LIGHT	bikini		
Mode	YA420	face-NDYAG	ND YA4 ID.	ALEX 8/15-18		
Fluence	13/22ms		14J/18-16ms	20		
Pulse Type			22/20ms	YAG. 14/2d.		
CNT Pulse						
Passes	1	legs. Alex.	1 pass.	1 pass		
Starting Time	2:30pm	8J/12.5ms.				
Finish Time			5pm	1:30pm		
Post Treatment	Himudof	HIRUDOID	5/16pm	Himudof		
	bee	Himudof	Himudof	Himudof		

Therapist Name and Signature

اسم المريض: Nora / 8am
 Patient's Name:
 رقم الملف:
 File Number:
 تقييم و اكتمال النموذج: Yes / No
 Evaluation and consent form completed? Yes / No
 رقم الملف: 1001993
 Pretreatment photography taken? Yes / No



	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	8/6/19	16/7/19	15/8/19	28/9/19	16/10/19	29/10/19
Treatment Area	Full leg	Full leg	Full leg	Full bikini	Half face	Bikini
Hair Type	Thick / Dark	Thick	Thick / Coarse	Thick	Thick	Med / Thick
Mode	Alex	Alex	ND YAG	ND YAG	ND YAG	ND YAG
Fluence	8/20 ms	8/20 ms	ND YAG	ND YAG	ND YAG	ND YAG
Pulse Type			18 Hz	18/20ms	18/20ms	15J/18-17ms
CNT Pulse						
Passes	1	1	1	1	1	1
Starting Time	8:30 AM	3 PM	4:15 PM	7 AM	1:30 PM	9 PM
Finish Time	9 AM	3:30 PM	5 PM	7:15 PM		
Post Treatment	Nebo Bee	Hirudoid Bee	Hirudoid	Hirudoid	Hirudoid	Hirudoid
Therapist Name and Signature						



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 525.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-003387)

Date: 18-04-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001993 - NOUR SEDEEQ - 971569180611

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

By Cash 0.00 / By Credit Card 525.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 18-04-2019

Being braces + vat

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 : 1001993 - NOUR SEDEEQ - 971569180611

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 420.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-003643)

Date:10-05-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001993 - NOUR SEDEEQ - 971569180611

The sum of Dhs. **Four Hundred Twenty Dirhams and Zero Filis 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: 10-05-2019

Being **BRACES FOLLOW UP + 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 : 1001993 - NOUR SEDEEQ - 971569180611

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 367.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-004398)

Date:15-07-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001993 - NOUR SEDEEQ - 971569180611

The sum of Dhs. **Three Hundred Sixty-Seven Dirhams and Fifty Fils Only**By Cash **0.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **367.50**

Bank: Cheque No.

Date: 15-07-2019

Being **FULL LEGS + VAT**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 : 1001993 - NOUR SEDEEQ - 971569180611

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-005254)

Date:28-09-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001993 - NOUR SEDEEQ - 971569180611

The sum of Dhs. **One Thousand Fifty Dirhams and Zero Fils Only**

By Cash **0.00** / By Credit Card **1,050.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 28-09-2019

Being **6 SESSIONS BIKINI FRONT &BACK + 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 : 1001993 - NOUR SEDEEQ - 971569180611

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 315.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-005434)

Date:07-10-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1001993 - NOUR SEDEEQ - 971569180611**

The sum of Dhs. **Three Hundred Fifteen Dirhams and Zero Fils Only**

By Cash **315.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: **07-10-2019**

Being **BRACES FOLLOW UP + 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 : **1001993 - NOUR SEDEEQ - 971569180611**

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 157.50

RECEIPT VOUCHER (No. REC-005543)

Date:16-10-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001993 - NOUR SEDEEQ - 971569180611

The sum of Dhs. One Hundred Fifty-Seven Dirhams and Fifty Fils Only

By Cash 157.50 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 16-10-2019

Being HALF FACE + VAT

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 : 1001993 - NOUR SEDEEQ - 971569180611

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



مركز أوركيڤد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 157.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-005993)

Date:16-11-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1001993 - NOUR SEDEEQ - 971569180611**

The sum of Dhs. **One Hundred Fifty-Seven Dirhams and Fifty Fils Only**

By Cash **157.50** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: **16-11-2019**

Being **HALF FACE + VAT**

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 : **1001993 - NOUR SEDEEQ - 971569180611**

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 157.50

RECEIPT VOUCHER (No. REC-007251)

Date: 25-01-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001993 - NOUR SEDEEQ - 971569180611

The sum of Dhs. One Hundred Fifty-Seven Dirhams and Fifty Fils Only

By Cash 157.50 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 25-01-2020

Being SHE DID HALF FACE+ VAT

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 : 1001993 - NOUR SEDEEQ - 971569180611

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



مركز أوركيده الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 525.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-008427)

Date:07-04-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001993 - NOUR SEDEEQ - 971569180611

The sum of Dhs. **Five Hundred Twenty-Five Dirhams and Zero Fils Only**

By Cash **525.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 07-04-2020

Being **full legs + half face + vat**

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 : 1001993 - NOUR SEDEEQ - 971569180611

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 315.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-008426)

Date: 07-04-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001993 - NOUR SEDEEQ - 971569180611

The sum of Dhs. Three Hundred Fifteen Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 315.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 07-04-2020

Being braces follow up + vat

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 : 1001993 - NOUR SEDEEQ - 971569180611

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 315.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-009437)

Date: 15-06-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001993 - NOUR SEDEEQ - 971569180611

The sum of Dhs. Three Hundred Fifteen Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 315.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 15-06-2020

Being braces follow up + vat

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 : 1001993 - NOUR SEDEEQ - 971569180611

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