



File No: 1002624

Date: 03/08/2019

Date: 3/8/2019

File Number: 1002624

Patient Name: Mona Abdull-Rahman

إسم المريض: .....

Date Of Birth: 23/04/1989 Gender: M (F)

Marital Status: (اجتماعية): Married

Nationality: (الجنسية): Saudi

Occupation: (الوظيفة): Nurse

Address: Shayf / Rahman

Phone No. (رقم الهاتف): 0506033555

-MAIL: Dafa.alraab@hat.mmc.com How did you know about us: instagaram

التاريخ الطبي Medical History	
Medical Condition	الحالة الطبية
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟	لا
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟	لا
Allergies هل لديك أي حساسية؟	لا
Surgical Operations, Serious Illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاطى من أي أمراض؟	Yes c/s delivery
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 مبيعات للدم؟	No
Anemia, Leukemia (سرطان الدم)	No
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، أمراض أخرى	No
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاطى 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 تعاطين 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 تعاطى من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	No
Thyroid Diseases, Diabetes ها، تعاطى من: مرض السكر، أمراض الغدة الدرقية؟	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: ٢٠١٩ / ٠٥ / ٠٣

### 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 تأمين لنتائج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجميلية المقدمة لي، كما تفهم الأخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.

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

و ادرك ان بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الي مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو النزيف أو الألم أو الحساسية.

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

أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمته لي فحسي الملف صحية و تفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي

أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتقييم هذا الأقرار و ان هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و اني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيله بالكامل و اني وقعت عليه كامل ارادتي

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

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

التاريخ: ... / ... / .....

## استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

### المؤشرات الحيوية Vital Signs

Weight (الوزن):	Kg	Height (الطول):	cm	Blood Type (دم):	
Pulse (النبض):	ppm	Blood Pressure (دم):	/	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 (تعاطي العقاقير): Y / N

### الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

File No: .....

Date: / /

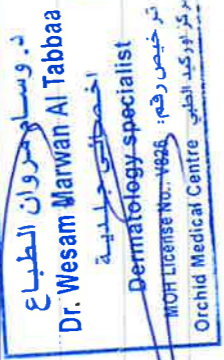
**Treatment Plan** خطة العلاج

Doctor's Signature and Stamp

.....

PATIENT NAME:

FILE NO#:

DATE	TREATMENT	PAYMENT	BALANCE	SIGNATURE
3/8/19	freckles + dark around eyes ACME scars Plan: Meso (6) session PRP (3) session			
				
	consultation			
6/8-2019	Composit +3	150		D. Amje
	RCT +5			
	EXT. BT	150		
	9 Zircon Crown	9000		
		8100 + VAT		
5-8-2019	تم تقيير 9 تيجان 1/1/19	8500		
22/8/19	T.M. Cementation.			
21/8-2019	R.C.T +			

الجلسة الأخيرة للعيب للفم سن  
19/10/19 + +

  
 Dr. Amira Hassan  
 معارض عام - طبيب الأسنان عام  
 G.P. General Dentist  
 رقم ترخيص رقم: 0517288  
 مركز أوركيذ الطبي - Orchid Medical Centre  
 6102/180159



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 210.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-004625)

Date:03-08-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002624 - MONA ABDULRAHIM - 971506033555

The sum of Dhs. Two Hundred Ten Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 210.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 03-08-2019

Being CONSULTATION + 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 : 1002624 - MONA ABDULRAHIM - 971506033555

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



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 850.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-004640)

Date: 04-08-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002624 - MONA ABDULRAHIM - 971506033555

The sum of Dhs. **Eight Hundred Fifty Dirhams and Zero Fils Only**

By Cash **0.00** / By Credit Card **850.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank:

Cheque No. Date: 04-08-2019

Being **Extraction Simple + Composite Filling 1 Surface + Root Canal (One Canal)**

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 : 1002624 - MONA ABDULRAHIM - 971506033555

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



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 4,000.00 **RECEIPT VOUCHER** No: REC-004646  
Date: 05-08-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002624 - MONA ABDULRAHIM - 971506033555

The sum of Dhs. **Four Thousand Only**

By Cash **0.00** / By Credit Card **4,000.00** (Bank Charges: **0.00**) / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No. Date:

Being **ADVANCE FOR 9 ZIRCON 8100 +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

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

Handwritten signature in blue ink, appearing to read "Hiba".



ORCHID MEDICAL CENTER  
 APPROVAL REQUEST FOR LAB PROCEDURE

4000 PAID

PATIENT NAME	OMC FILE #	TREATMENT TYPE	LAB NAME	LAB ORDER NO:	DATE OF ORDER	NO : TEETH	DR. SIGN	DT of ORDER RECD:BACK
Mona Abdulkahm	1002624	Zircon crown	Althayaya	N356	5/8/19	9	Dr. Amira	

APPROVAL FROM MEDICAL CENTER  
 Dr. Amira Hassan  
 General Dentist  
 MOH License No.: D57288  
 Orchid Medical Center

05/08/2019



مركز أوركيده الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 4,003.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-004783)

Date:18-08-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002624 - MONA ABDULRAHIM - 971506033555

The sum of Dhs. **Four Thousand Three Dirhams and Zero Fils Only**By Cash **3.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **4,000.00**

Bank: Cheque No.

Date: 18-08-2019

Being **9 ZIRCON CROWN 900 PER UNIT AFTER DISCOUNT TOTAL PRICE 8100 + VAT PAID 4003 AND THE REST BY CHEQUE DATED ON 18/9/2019**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 : 1002624 - MONA ABDULRAHIM - 971506033555

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



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 250.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-004819

Date: 22-08-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1002624 - MONA ABDULRAHIM - 971506033555**The sum of Dhs. **Two Hundred Fifty Only**By Cash **0.00** / By Credit Card **250.00 (Bank Charges: 0.00)** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No. Date:

Paying **ADVANCE FOR RCT FIRST SESSION**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](mailto:info@omc1.ae)**  
**[www.omc1.ae](http://www.omc1.ae)**





Muwailah Branch

Pay against this Cheque to

or Bearer # ORCHID MEDICAL CENTER

أو لحامله

Dirhams # Four Thousand Five Hundred

دراهم #4500/-

and Two only #

Rejeeb Abdul Rahiman

A/C # 0012043852001

Signature

الإمضاء

000125150413007512043852001

Date 18/09/19 التاريخ

فروع مونتاج

أندفوا يهونجها الشيفه لا امر



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 450.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-005028)

Date:09-09-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002624 - MONA ABDULRAHIM - 971506033555

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

By Cash 200.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 250.00

Bank: Cheque No.

Date: 09-09-2019

Being Root Canal Treatment (One Canal)

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 : 1002624 - MONA ABDULRAHIM - 971506033555

**Tel : + 9716 555 8337, Fax : + 9716 528 8130, e - mail : [info@omc1.ae](mailto:info@omc1.ae)  
[www.omc1.ae](http://www.omc1.ae)**



## إقرار للعلاج باستخدام جهاز Q-Switch Laser

جهاز Q-Switch أقّر أنا صالح عبد الرحمن محمد قانوع بتفويض طبيب الاختصاص أو أحد معاونيه لاجراء العلاج باستخدام

ليزر ال **■ التقشير الكريوني** باستخدام لوشن الكربون يتبعه التقشير بالليزر هو احد الإستجابات لإعادة نضارة البشرة، وعلاج علامات التقدم بالسن، علاج التجاعيد، خطوط الوجه والشوذ الصبغي (البقع الحمراء والبنية غير المرغوب بها والمرتبطة بالتقدم بالسن وحالات أخرى)، تحسين لمس البشرة، علاج حب الشباب، احمرار الجلد، إزالة التصبغات(البقع الداكنة الناتجة عن حب الشباب)، الندوب التي تتبع الحبوب، توسع مسامات الجلد، إزالة أو تخفيف الشعر الناعم بشكل مؤقت. بشكل عام ينصح ب3-5 جلسات ممتصمهم فترة زمنية من 2-4 اسابيع وجلسات مرآجة كل 3-6 اشهر.

■ **التقشير الناعم وإزالة التصبغات بالليزر** يقوم الجهاز بالتقشير بدون استخدام لوشن الكربون، بينما التقشير الناعم هو إزالة التصبغات بالليزر بإضافة لوشن الكربون مما يستهدف الأصباغ الأكثر

عمقا الشائعة في الكلف و زيادة التصبغات بعد الإتهاب. ينصح ب6-12 جلسة بينهم 3-6 اشهر خصوصا في حالة الكلف.

. إزالة الوشم بالليزر.

. الأورام الصبغية.

. تقشير الشعر.

. إزالة فطريات الاضفار (الوضع A)

. بئر إزالة الكلف (الوضع M)

مضادات الإستعمال للعلاج يتضمن:

. تناول عقار الأيسوترتينوين (الأكروتان) خلال ال6 اشهر الماضية.

. الحمل والرضاعة.

. الأمراض الجلدية والإتهابات و الأورام الجلدية السرطانية في منطقة العلاج.

. مشاكل في الجهاز المناعي.

. الإصابة بالإلنز و التهاب الكبد الوبائي.

. ضعف الشفاء(تكون الندوب الجذرية)

. البهاق.

أفهم تماما ان النتائج المثالية تتحقق من العلاجات وان النتيجة المرجحة ان تتحقق بعد الجلسة الأولى. ولا يتضمن الطبيب رضائي عن درجة التحسن بعد عدة جلسات.

لقد تم الشرح لي عن الحاجة الى إنهاء خطة العلاج. و انا افهم ان النتائج قد تختلف بالنظر الى استجابتي لليزر وتطبيقي للتعليمات ما قبل وما بعد العلاج.وقد التزمت بكل متطلبات ما قبل العلاج بالليزر التي زودت بها وسوف اتبع التعليمات الواردة هنا لما بعد العلاج والعناية بالبشرة التي شرحت لي بالكامل.

أفهم ان كما هناك منافع للاجراء المطلوب. افهم ان الاجراء قد ينطوي على مخاطر واحتمال تأخر في فترة الشفاء/ الالتئام. ماعدا التقشير الناعم الذي لا يحتاج الى فترة شفاء.

افهم ان المضاعفات نادرة الحدوث لكنها ممكنة وتضمن التالي : احمرار مؤقت، تغيرات مشابهة لتغيرات حروق الشمس التي تستمر من عدة ساعات الى عدة ايام فقط. تغيرات صبغية ( بقع داكنة او فاتحة على الجلد) او احمرار مزمن قد يمتد من شهر الى ثلاثة اشهر. بعض الاعراض المحتملة قد تتضمن حكة، ألم،كدمات، التهاب ندوب أو انتفاخ.

اشعة الليزر قد تسبب ضررا للعين ويجب ارتداء النظارات الواقية اثناء العلاج. وطي ايضا ابقاء عيناك مغلقتان اثناء العلاج. اقر ان المخدر الموضعي مطلوب مما قد يسبب برودة فعل ومضاعفات التخدير.

لقد تم شرح العلاج بكامله فواتدة ومضاعفاته المحتملة، وقد تمت الاجابة على جميع اسئلتى وقد وقعت على هذا الاقرار بكامل ارادتي.



التوقيع:

التاريخ:

6.10.2017

اسم المريض/ولي امر المريض:

صالح عبد الرحمن



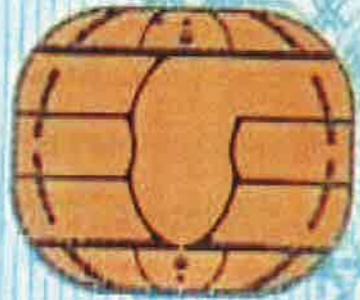
United Arab Emirates



دولة الإمارات العربية المتحدة

Resident Identity Card

بطاقة هوية مقيم



ID Number / رقم الهوية

784-1993-9469273-7

الإسم: رجيب عبدالرحمن

Name: Rejeeb Abdul Rahiman

الجنسية: الهند

Nationality: India



Sex: M الجنس: ذكر

Date of Birth 24/08/1993 تاريخ الولادة

Signature / التوقيع



Expiry Date / تاريخ الإنتهاء

25/04/2020

Card Number / رقم البطاقة

088828575

51603/01

DC80005BCAEC1375

عند العثور على هذه البطاقة الرجاء إرجاعها إلى جهة إصدارها أو إلى أقرب مركز شرطة

If you find this card, please return it to the issuing organization or to the nearest police station.

ILARE0888285753784199394692737  
9308248M2004253IND<<<<<<<<<<<<<2  
ABDUL<RAHIMAN<<REJEEB<<<<<<<<<<<<



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 4,502.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-005754)

Date:01-11-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002624 - MONA ABDULRAHIM - 971506033555

The sum of Dhs. Four Thousand Five Hundred Two 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 4,502.00

Bank: Cheque No.

Date: 01-11-2019

Being against chq no000125 dated 18-9-2019 sharjah islamic bank

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 : 1002624 - MONA ABDULRAHIM - 971506033555

---

**Tel : + 9716 555 8337, Fax : + 9716 528 8130, e - mail : [info@omc1.ae](mailto:info@omc1.ae)  
[www.omc1.ae](http://www.omc1.ae)**



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 4,502.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-005745

Date: 31-10-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1002624 - MONA ABDULRAHIM - 971506033555**The sum of Dh. **Four Thousand Five Hundred Two Only**By Cash **4,502.00** / 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 **DENTAL TREATMENT**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

**Tel: + 9716 555 8337, Fax: + 9716 528 8130, e - mail: [info@omc1.ae](mailto:info@omc1.ae)**  
**[www.omc1.ae](http://www.omc1.ae)**

## EMIRATES ISLAMIC BANK

## Cheque Return Memo

## مذكرة إعادة شيك

Dated 24/09/2019 التاريخ:  
 Ref 034267002590002 الإشارة:  
 Branch Name QASIMIYAH BRANCH الاسم الفرع:  
 Beneficiary Name ORCHID MEDICAL CENTRE اسم المستفيد:  
 Beneficiary Address عنوان المستفيد:  
 Beneficiary Account 3708204945401 حساب المستفيد:

The cheque, details as indicated below was returned  
 unpaid for the reason stated by the drawn on bank.

نقيد بهذا أن الشيك الواردة تفاصيله أدناه قد أعيد دون  
 سداد، وذلك للأسباب التي أوردتها البنك المسحوب

Drawn On Bank SHARJAH ISLAMIC BANK عليه الشيك  
 Drawn On Bank Branch البنك المسحوب عليه الشيك  
 Drawn On Account 2043852001 فرع البنك المسحوب عليه الشيك  
 Date of Return 24/09/2019 حساب المسحوب عليه الشيك  
 Cheque Number 000125 تاريخ ارجاع الشيك  
 Cheque Amount 4,502.00 رقم الشيك  
 N مبلغ الشيك

Return Reason Code D رمز إعادة الشيك

Return Reason Description وصف اسباب إعادة الشيك

Closed Account الحساب مغلق

## Cheque Image

مصرف الإمارات الإسلامية Sharjah Islamic Bank  
 Muweilah Branch  
 Pay/against this Cheque to or Bearer  
 Dirhams: # FOUR THOUSAND FIVE HUNDRED and Two only #.  
 Rejeeb Abdul Hahman  
 A/C # 0012043852001  
 0000 25860 30075 20 385200

التاريخ: 18/09/19  
 فرع مويلا  
 إدموا بموجب هذا الشيك لأمر  
 أو لحامله  
 درهم AED # 4502  
 الإمضاء: [Signature]

إشعار يصدر آليا - لا يتطلب توقيع

Advice System Generated - No Signature Required

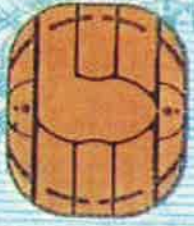
United Arab Emirates

دولة الإمارات العربية المتحدة



Resident Identity Card

بطاقة هوية مقيم



ID Number / الهوية / رقم الهوية  
784-1993-9469273-7



الإسم: رجيب عبدالرحمن

Name: Rejeeb Abdul Rahiman

الجنسية: الهند

Nationality: India

١٥٠٦٠٣٤٥٥٥

٢١

