



File No:

Date: 3/08/2019

Date: 3/8/2019 File Number: 1002774
Patient Name: Arshad Amin Abdullah اسم المريض: ارشد امين عبدالله
Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 21/09/1988 Gender (الجنس): M / F الحالة الاجتماعية: Engineer
Nationality (الجنسية): Jordanian Occupation: Electrical Engineer
Address (العنوان): Dubai Elite 10 (1343) Phone No. (رقم الهاتف): 05 88 942 471
E-MAIL: arshadamin31@gmail.com How did you know about us: medicine

| التاريخ الطبي Medical History | |
|---|----------------------------------|
| Medical Condition | الحالة الطبية |
| Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟ | Yes / No Yes multivitamins |
| 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 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 الدم؟ | 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 تعاني من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو قنطرة؟ | No |
| Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعانيين 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 تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟ | No |
| Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟ | No |
| Other conditions HSV, HIV...etc هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ فيروس الإيدز، فيروس الحلا البسيط...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 تزيدي 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 لتنتج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجميلية المقدمة لي، كما أتفهم 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 أن تسد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.
- أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قمته لدى فحسي الملف صحفية. و أتفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً 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 (من دون السن القانونية):

التاريخ: 19 / 11 / 2019

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

| | | | | |
|-----------------|-----|----------------------------|----|-------------------------|
| Weight (الوزن): | Kg | Height (الطول): | cm | Blood Type (نمىة الدم): |
| Pulse (النفس): | ppm | Blood Pressure (مفط الدم): | / | Blood Sugar (سكر الدم): |

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

| | |
|---|-------------------------|
| Disease History (التاريخ المرضي): | |
| Allergies (المسببة): | |
| Medications (الأدوية): | |
| Pregnancy (الحمل): | |
| Previous Surgeries, Hospitalization (عمليات سابقة، إدخال المستشفى): | |
| Smoking (التدخين): Y / N | Alcohol (الكحول): Y / N |
| | Drugs (المخدرات): Y / N |

الملاحظات العامة والسريية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

PATIENT NAME:

FILE NO#:

| DATE | TREATMENT | PAYMENT | BALANCE | SIGNATURE |
|------------|---|--|----------------------|--------------------------|
| 3/8/2019 | Hair transplantation for 4 months PRP Hair ① next app: 2/10 <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin-top: 5px;"> د. وسام مروان الطيباع Dr. Wesam Marwan Al-Tabbaa اختصاصي جلدية Dermatology specialist ترخيص رقم: V826 مركز أوركيد الطبي Orchid Medical Centre </div> | Paid 1000 Balance <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin-top: 5px;"> Dr. Wesam Marwan Al-Tabbaa Dermatology specialist MOH License No.: V826 Orchid Medical Centre </div> | 732.50 31/08/2019 | with VAT NEXT SSSR |
| 5/10/2019 | PRP Hair ② next app: 19/10/meso <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin-top: 5px;"> د. وسام مروان الطيباع Dr. Wesam Marwan Al-Tabbaa اختصاصي جلدية Dermatology specialist MOH License No.: V826 مركز أوركيد الطبي Orchid Medical Centre </div> | <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin-top: 5px;"> د. وسام مروان الطيباع Dr. Wesam Marwan Al-Tabbaa اختصاصي جلدية Dermatology specialist MOH License No.: V826 مركز أوركيد الطبي Orchid Medical Centre </div> | | |
| 19/10/2019 | Meso Hair ③ next app: 26/10: PRP <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin-top: 5px;"> د. وسام مروان الطيباع Dr. Wesam Marwan Al-Tabbaa اختصاصي جلدية Dermatology specialist MOH License No.: V826 مركز أوركيد الطبي Orchid Medical Centre </div> | <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin-top: 5px;"> د. وسام مروان الطيباع Dr. Wesam Marwan Al-Tabbaa اختصاصي جلدية Dermatology specialist MOH License No.: V826 مركز أوركيد الطبي Orchid Medical Centre </div> | | |
| 2/11/2019 | PRP Hair ③ <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin-top: 5px;"> د. وسام مروان الطيباع Dr. Wesam Marwan Al-Tabbaa اختصاصي جلدية Dermatology specialist MOH License No.: V826 مركز أوركيد الطبي Orchid Medical Centre </div> | <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin-top: 5px;"> د. وسام مروان الطيباع Dr. Wesam Marwan Al-Tabbaa اختصاصي جلدية Dermatology specialist MOH License No.: V826 مركز أوركيد الطبي Orchid Medical Centre </div> | | |

REDAD DATA

cAEAlOEBA83ODQxO

Public Data Readed Succ

SHOW READED DATA

Confirm 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 | Arshad,Amin,Abdullatif,Abdullah | IDN: | 784198854059437 | Mother Name: | |
| Name (Ar) | ارشاد امين عبد اللطيف عبد الله | Card Number: | 091069987 | Mother Name (Ar): | |
| Title: | | Nationality: | JOR | Family ID: | |
| Title(Ar): | | Nationality (Ar): | الأردن | | |
| Issue Date: | 01/10/2018 | Sex: | M | Sponsor Type: | 09 |
| Expiry Date: | 29/09/2021 | Date of Birth: | 21/09/1988 | Sponsor Name: | ويرثبول ام اي اي ابيدنى السلع |
| Marital Status: | 01 | Husband IDN: | | Sponsor Number: | 00 |
| Residency Type: | 07 | Residency Number: | 20120187399598 | Residency Expiry: | 29/09/2021 |
| ID Type: | IL | Occupation: | 98 | Occupation Field: | 00 |



Photo

Signature Image

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

8/31/2019

PPRP Treatment Consent Form بالغة باستخدام البلازما الغنية بالصفائح الدموية

Description of Treatment

This treatment involves the collection of your blood (approximately 11 - 22 ml), then your blood is spun down using a centrifuge to separate out the plasma and platelet portion using the separator gel as a special filter. The PRRP portion of your blood is then used at the point of care to re-energize your cells into rejuvenating themselves. The product is 100% your own blood by-product (autologous). If you have any questions please do not hesitate to ask your physician or nurse.

Side Effects

you will likely experience mild to moderate swelling of the treated area, this will last for about 12- 24 hours; ice or cold compresses can be applied to reduce swelling if required. You may notice a tingling sensation while the cells are being activated. In rare cases skin infection may occur, which is easily treated with an anti-biotic.

Contraindications

You should not have PRRP treatment done if you have any of the following conditions: Skin conditions and diseases including: Facial cancer, existing or uncured. This includes SCC, BCC and melanoma, systemic cancer, chemotherapy, steroid therapy, dermatological diseases affecting the face (i.e. Porphyria), Blood disorders and platelet abnormalities, Anticoagulation therapy (i.e.: Warfarin) Platelet dysfunction syndrome, critical thrombocytopenia, hypofibrinogenaemia, haemodynamic instability, sepsis, chronic liver disease, Hepatitis or any acute or chronic infections. Aspirin, Anti-inflammatory such as Nurofen, Voltaren, Diclofenac, or Naproxen etc. ? St Johns Wort, Garlic, Are you currently taking, or have you recently taken (within 14 days) Vitamin E, or Fish Oil supplements that could have a thinning effect on your blood.

In case of presence of any previously mentioned contraindications please mention it here

Or Ask the doctor if you are not sure or you have any questions.

Patient's Name and Signature:

اسم المريض / التوقيع

Date: ... / ... / ...

التاريخ: ... / ... / ...

وصف العلاج

يتضمن العلاج باستخدام البلازما الغنية بالصفائح الدموية أخذ عينة من دم المريض تساوي تقريبا (11 - 22) مل. ثم يتم وضع الدم بعد ذلك في جهاز الطرد المركزي لفصل البلازما و الصفائح باستخدام سائل فاصل التفتيح بشكل خاص. ثم يعاد حقن البلازما الغنية بالصفائح الدموية في منطقة العلاج لتحفيز الخلايا و اعادة انشطارها. هذا المنتج يتكون بشكل كامل من دم المريض. اذا كان لديك اي اسئلة او استفسارات لا تتردد بسؤال الطبيب المختص او اي من موظفي المركز.

الاعراض الجانبية

قد تعاني من بعض التورم الخفيف الي المتوسط في المنطقة المعالجة. وقد يستمر هذا التورم من (12- 24) ساعة. ويمكن وضع الكمادات الباردة و الثلج في المنطقة التورمة اذا تطلب الامر. من الممكن ان تشعر ببعض الوخز الخفيف بينما يتم تشييط الخلايا. نادرا ما يصاحب العلاج التهاب في الجلد و الذي يتم علاجه بسهولة باستخدام الكمادات الحثوية.

موانع العلاج

- لا يجب ان تتلقى العلاج باستخدام البلازما الغني بالصفائح الدموية في الحالات التالية: الامراض الجلدية التي تتضمن سرطانات الوجه غير الخالية كسرطانات الخلايا الحرشفية و سرطانات الخلايا القاعدية و سرطانات الخلايا الصغرية و السرطان الجهازي و العلاج الكيماوي و العلاج بالستيرويدات و الامراض الجلدية التي تصيب الوجه (مثال: البروفيريا). امراض الدم و الخلل في الصفائح الدموية. علاج تشتر الدم (مثال: الوارفارين)
- حذرة على الصفائح الدموية، نقص الحديد في عدد الصفائح الدموية، نقص في فيبرينوجين الدم. عدم استقرار تنفق الدم، حالات التشنج العموي، امراض الكبد المزمنة، التهاب الكبد الوبائي أو أي التهابات مزمنة او حادة.
- تناول الاسبرين و مضادات الالتهاب كالنيروفين و الثورادين و الستيرويدات و التابريكسين، او مستحضرات الفم. او اذا كنت تتناول حاليا (خلال الاربعة عشر يوما للماضي) كمادات غذائية مثل فيتامين E او زيت السمك الذي قد يؤدي الي ترقق الدم. في حالة وجود احد موانع العلاج التي سبق ذكرها يرجى ملاحظة ذلك هنا



I understand that due to the natural variation in quality of Platelet rich plasma, results will vary between individuals. I understand that although I may see a change after my first treatment; I may require a series of up to 6 sessions to obtain my desired outcome. The procedure and side effects has been explained to me including alternative methods; as have the advantages and disadvantages. I am advised that though good results are expected, the possibility and nature of complications cannot be accurately anticipated and that, therefore, there can be no guarantee as expressed or implied either as to the success or other result of the treatment. I am aware that the PRP treatment is not permanent as natural degradation will occur over time.

I authorize Dr.
from Orchid Medical Center, perform the injection of PRP (Platelet Rich Plasma) for rejuvenation. This consent form will be valid for up to 6 applications of PRP, after which time I may be asked to complete a new form. I state that I have read (or it has been read to me) and I understand this consent and I understand the information contained in it. I have had the opportunity to ask any questions about the treatment including risks or alternatives and acknowledge that all my questions about the procedure have been answered in a satisfactory manner and that all blanks were filled in prior to my signature and I had the right to refuse the treatment. THIS CONSENT FORM IS VALID UNTIL ALL OR PART IS REVOKED BY ME IN WRITING. When completing the medical questionnaire, I have answered the personal medical history questions fully and to the best of my ability.

Patient's Name and Signature:

Date: ... / ... /

أنتهم أن نتائج هذا العلاج قد تتفاوت من شخص إلى آخر باختلاف جودة البلازما الغنية بالصفائح الدموية.
و أنتهم أنه برغم التغيير الذي قد ألاحظه من بعد جلسة العلاج الأولى قد أحتاج حتى ٦ جلسات للحصول على النتيجة المطلوبة.

أقر بأن هذا الإجراء الطبي و آثاره الجانبية و بدائله الممكنة و منافعه و مضاره قد شرحت لي بشكل كامل.
و أنه برغم من النتائج الجيدة المتوقعة فإنه لا يمكن توقع المضاعفات و طبيعتها بدقة. و بالتالي، لا توجد أي ضمانات وأضحة أو ضمنية لنجاح هذا العلاج أو أي نتائج أخرى.
أدرك أن العلاج باستخدام البلازما الغنية بالصفائح الدموية ليس علاجاً دائماً لأن التراجع الطبيعي سوف يحدث مع الوقت.

أفوض الدكتور
من مركز أوركيد الطبي بالقيام بحقن البلازما الغنية بالصفائح الدموية لإعادة النضارة، و ان هذا الاقرار و التوقيع سوف يكون صالحاً حتى ل ٦ جلسات قادمة.
و أنني قد أحتاج لتوقيع اقرار آخر بعد ذلك.

أقر أنني قد قرأت محتويات هذا الاقرار بالكامل (أو قد تمت قراءته لي) و أنني قد فهمت محتواه بالكامل.
و أنني قد حصلت على الفرصة الكاملة لطرح أي أسئلة عن العلاج بما في ذلك الاخطار و الاعراض الجانبية المترتبة عليه و خيارات العلاج البديلة له. و أن جميع أسئلتي قد أجيبته بشكل كامل و وافى و أن جميع الاجابات التي ضمنتها في الإقرار و جميع الخانات تمت اجابتها و ملأها قبل توقيعني أدناه و أنه قد كان لي الحق في رفض تلقي العلاج.

ان هذا الاقرار صالح بالكامل حتى ألغيه كاملاً أو جزئياً و بخط اليد.

أقر أنني قد ملأت استمارة الاستمارة الطبية و شرحت تاريخي الطبي بشكل كامل و بكامل ارايتي.

اسم المريض / التوقيع
التاريخ: ... / ... / ...



مركز أوركيديد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,000.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-004908

Date: 31-08-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1002774 - ARSHAD AL ABDULLAH - 971588942471**

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

By Cash **0.00** / By Credit Card **1,000.00** (Bank Charges: **0.00**) / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No. Date:

Being **ADVANCE FOR 3 SESSION PRP HAIR 1650 + VAT BALANCE 732.50**

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 أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 577.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-005271)

Date:29-09-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002774 - ARSHAD AL ABDULLAH - 971588942471

The sum of Dhs. Five Hundred Seventy-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 577.50

Bank: Cheque No.

Date: 29-09-2019

Being PRP FOR HAIR + 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 : 1002774 - ARSHAD AL ABDULLAH - 971588942471

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



مركز أوركيڤد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 732.50

RECEIPT VOUCHER

No: REC-005388

Date: 05-10-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002774 - ARSHAD AL ABDULLAH - 971588942471

The sum of Dhs. Seven Hundred Thirty Two and Five Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 732.50 (Bank Charges: 0.00) / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No. Date:

ing PRP HAIR PKG

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 577.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-005389)

Date:05-10-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002774 - ARSHAD AL ABDULLAH - 971588942471

The sum of Dhs. Five Hundred Seventy-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 577.50

Bank: Cheque No.

Date: 05-10-2019

Being PRP FOR HAIR + 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 : 1002774 - ARSHAD AL ABDULLAH - 971588942471

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 472.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-005575)

Date:19-10-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1002774 - ARSHAD AL ABDULLAH - 971588942471**

The sum of Dhs. **Four Hundred Seventy-Two Dirhams and Fifty Fils Only**

By Cash **0.00** / By Credit Card **472.50** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 19-10-2019

Being **MESO HAIR + 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 : **1002774 - ARSHAD AL ABDULLAH - 971588942471**

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 155.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-005797)

Date:02-11-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1002774 - ARSHAD AL ABDULLAH - 971588942471**

The sum of Dhs. **One Hundred Fifty-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 **155.00**

Bank: Cheque No.

Date: **02-11-2019**

Being

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 : **1002774 - ARSHAD AL ABDULLAH - 971588942471**

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 422.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-005796)

Date:02-11-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002774 - ARSHAD AL ABDULLAH - 971588942471

The sum of Dhs. **Four Hundred Twenty-Two 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 **422.50**

Bank: Cheque No.

Date: 02-11-2019

Being **1 session for prp + 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 : 1002774 - ARSHAD AL ABDULLAH - 971588942471

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 422.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-005796)

Date:02-11-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002774 - ARSHAD AL ABDULLAH - 971588942471

The sum of Dhs. Four Hundred Twenty-Two 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 422.50

Bank: Cheque No.

Date: 02-11-2019

Being 1 session for prp + 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 : 1002774 - ARSHAD AL ABDULLAH - 971588942471

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 155.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-005797)

Date:02-11-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002774 - ARSHAD AL ABDULLAH - 971588942471

The sum of Dhs. One Hundred Fifty-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 155.00

Bank: Cheque No.

Date: 02-11-2019

Being

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 : 1002774 - ARSHAD AL ABDULLAH - 971588942471

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