



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

صحة... إنسامة... جمال
Health ... Smile ... Beauty

File No: 1002967

Date: / /

Date: ... / ... / File Number: 1002967
Patient Name: Huda Al Bahry اسم المريض: هدا البكري
Date Of Birth (تاريخ الميلاد): ... / ... / 1965 Gender: M / F Marital Status: (الحالة الاجتماعية): متزوجة
Nationality (الجنسية): ا.م.ك.م. Occupation:
Address (العنوان):
Phone No. (رقم الهاتف): 0503611440
E-MAIL: 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؟		الفئة الدوائية 0
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟		
Allergies هل لديك أي حساسية؟		
Surgical Operations, Serious Illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي امراض؟		
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، امراض القلب		
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات للدم؟		
Anemia, Leukemia (نقر الدم)، لوكميا (سرطان الدم)		
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other امراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، امراض اخرى		
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي امراض في الكلى أو امراض بولية أو تناسلية؟		
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل انت حامل؟ هل تتعاطين اي مانع للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟		
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي امراض كبدية اخرى		
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي امراض معوية أخرى؟		
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي امراض في الجهاز العصبي؟		
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكري أو امراض الغدة الدرقية؟		
Other conditions فيروس الإيدز، فيروس الحلاّ البسيط etc HIV...etc		



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 يكتشف الطبيب خلال العلاج أمورا 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 الطبية.

أقر أنه لم يتم تقديم اي ضمانات او تأمين لنتائج العلاج و الإجراءات الطبية او التجميلية المقدمة لي، كما أتفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.

أتفهم تماما كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون محتملة 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 الالم 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 قمته لدي فحصي الملف صحية و أتفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماما ولا 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: ... / ... / ٢٠١٤

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

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

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

Disease History: التاريخ المرضي:		
Allergies: الحساسية		
Medications: الأدوية		
Pregnancy: الحمل		
Previous Surgeries, Hospitalization: عمليات سابقة , ادخال للمستشفى		
Smoking (التدخين): Y / N	Alcohol (الكحول): Y / N	Drugs (تدخين العقاقير): Y / N

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

Radiation

Treatment Plan خطة العلاج

- Wednesday: head filler
- Lip filler
- Under eye filler
- BOTOX
- Chemical peels
- Radiation for neck




Doctor's Signature and Stamp

.....



PATIENT NAME:

FILE NO#:

DATE	TREATMENT	PAYMENT	BALANCE	SIGNATURE
19/6/2020	TT + chin	Teosyal PureSense Refendisy II 184023A LOT TSRL-10 2020-10 1ml	Medecin	
	Hand up treatment	Teosyal PureSense Ultra Deep LOT TSUL-191123B 2021-03 1.2ml	Medecin	
		<p>Dr. Bashar Alidib متخصصي - امراض جلدية Specialist - Dermatology MOH License no.: D99826 Orchid Medical Centre مركز اوركيد الطبي</p>		
		<p>RENÚ[®] REF 08-015-04-STF LOT V908-00105</p>  <p>0:1) 0 0856509 00297 3 (10) V908-00105 (17) 210912</p>		
13/6	HAND STU deposit NLF	<p>BioScience GmbH 19073 Dümmer, Germany</p> <p>Genefill SOFT FILL</p> <p>LOT F-3419/2 2022-08</p> 		
	HAND Nail week	<p>BioScience GmbH 19073 Dümmer, Germany</p> <p>Genefill SOFT FILL</p> <p>LOT F-3419/2 2022-08</p> 		
17/6/2020	10 Threads PPS			
				<p>د. بشار علي ديب Dr. Bashar Alidib أخصائي - امراض جلدية Specialist - Dermatology MOH-License.No.: D99826 Orchid Medical Centre مركز اوركيد الطبي</p>

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	Huda,Saeed,Nasser,Saeed,Albahry	IDN:	784196543572141	Mother Name:	Fatima Salem Mohd Ali
Name (Ar)	هدى سعيد ناصر سعيد البهري	Card Number:	090175692	Mother Name (Ar):	فاطمة سالم محمد علي
Title:		Nationality (Ar):	الإمارات العربية المتحدة	Family ID:	202018711
Title(Ar):		Sex:	F	Sponsor Type:	
Issue Date:	25/07/2018	Date of Birth:	01/07/1965	Sponsor Name:	
Expiry Date:	25/07/2028	Husband IDN:		Sponsor Number:	
Marital Status:	03	Residency Number:		Residency Expiry:	
ID Type:	ID	Occupation:	10	Occupation Field:	99



Photo

Signature Image

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

9/28/2019

استمارة الموافقة على العلاج بخيوط PDO

التاريخ: 28/9/2019

أوافق على المعالجة بخيوط PDO وقد تم شرح أن هذه الخيوط من مادة بولي ديوكسانون المعقمة مع الكانيولا والتي تزرع تحت الجلد في الطبقة الشحمية لشدة الوجه وإعطاء التضارة.

تزداد النتائج بالتحسن لمدة شهرين وتستمر النتائج لمدة 10 إلى 12 شهر.

ينصح بعدم تناول الأدوية المسيلة للدم قبل و بعد أسبوعين من الإجراء.

الآثار الجانبية

ألم في الأسبوع الأول-إحساس شد في المنطقة-كدمات-تورم-إحساس تحرك محدد-عدم تناظر بالوجه- غمضات بالجلد-التهاب وحمج بالجلد-أذية بالأعصاب أو الأوعية الدموية.

معظم هذه الاختلاطات مؤقتة.

أتفهم أن النتائج تختلف من شخص لآخر وتعتمد على حالة الشخص، وأن المبالغ المدفوعة غير قابلة للاسترداد أو التبديل.

أنا أوافق على التصوير الفوتوغرافي / تسجيل حالتي قبل وبعد العلاج وعدم نشر الصور الا بالموافقة الموقعة مني.

التوقيع:



اسم المريض: هدى



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 8,001.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-005239)

Date: 28-09-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002967 - HUDA ALBAHRY - 971503611440

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

By Cash 0.00 / By Credit Card 8,001.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 28-09-2019

Being **FACE THREADS (12)COGS + DCH THREADS (4) COGS TOTAL 16 COGS 6120 AED + DCH THREADS (10) SCREW 1500 + 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 : 1002967 - HUDA ALBAHRY - 971503611440

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,680.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-005509

Date: 12-10-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1002967 - HUDA ALBAHRY - 971503611440**

The sum of Dhs. **One Thousand Six Hundred Eighty Only**

By Cash **0.00** / By Credit Card **1,680.00** (Bank Charges: **0.00**) / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No. Date:

Being **THREADS FOR DOUBLE CHIN + 1 ML FILLER + 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

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

www.omc1.ae



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 3,255.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-005549)

Date:16-10-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002967 - HUDA ALBAHRY - 971503611440

The sum of Dhs. Three Thousand Two Hundred Fifty-Five Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 1,575.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 1,680.00

Bank: Cheque No.

Date: 16-10-2019

Being LIP FILLER 850 + DCH + NECK SCREW 30 COGS + 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 : 1002967 - HUDA ALBAHRY - 971503611440

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

إقرار للعلاج باستخدام جهاز Q-Switch Laser

أقر أنا هدى الحزري بتفويض طبيب الاختصاص أو أحد معاونيه لإجراء العلاج

هو أحد الإستطببات لإعادة التقشير الكروني باستخدام لوشن الكرونو يتبعه التقشير بالليزر • جهاز ليزر الـ Q-Switch باستخدام

خطوط الوجه والشذوذ الصبغي (البقع الحمراء والبيضاء غير المرغوب بها والمرتبطة بالتقدم , علاج التجاعيد , نضارة البشرة , وعلاج علامات التقدم بالسن بالسن وحالات أخرى), تحسين ملمس البشرة , علاج حب الشباب , احمرار الجلد , إزالة التصبغات(البقع الداكنة الناتجة عن حب الشباب), الندوب التي تتبع إزالة أو تخفيف الشعر الناعم بشكل مؤقت. بشكل عام ينصح ب3-5 جلسات معصمهم فترة زمنية من 2-4 اسابيع وجلسات , الحبوب , توسع مسامات الجلد .مرجاة كل 3-6 اشهر

يتم الجهاز بالتقشير بدون استخدام لوشن الكرونو, بينما التقشير الناعم هو إزالة التصبغات بالليزر بإضافة التقشير الناعم وإزالة التصبغات بالليزر • لوشن الكرونو 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 الصيغية .

.تقشير الشعر .

الإصافر(الوضع فطريات إزالة A).

ببر إزالة الكلف (الوضع M).

مضادات الإستعمال للعلاج يتضمن

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

.الحمل والرضاعة .

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

.مشاكل في الجهاز المناعي .

.الإصابة بالإيدز والتهاب الكبد الوبائي .

(ضعف الشفاء(كون الندوب الجلدية .

.التهاق .

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

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

أتفهم ان كما هناك منافع للإجراء المطلوب, اتفهم ان الاجراء قد ينطوي على مخاطر واحتمال تاخر في فترة الشفاء/ الانتقام, ماعدا التقشير الناعم الذي



مركز أوركيديا الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 525.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-008754)

Date:10-05-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002967 - HUDA ALBAHRY - 971503611440

The sum of Dhs. Five Hundred Twenty-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 525.00

Bank: Cheque No.

Date: 10-05-2020

Being 1 SESSION YELLOW PILL + 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 : 1002967 - HUDA ALBAHRY - 971503611440

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-009203)

Date:05-06-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1002967 - HUDA ALBAHRY - 971503611440**

The sum of Dhs. **One Hundred Fifty-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 **157.50**

Bank: Cheque No. Date: **05-06-2020**

Being **1 session carbon + 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 : **1002967 - HUDA ALBAHRY - 971503611440**

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

ورقة الموافقة على التقشير الكيميائي

التاريخ: _____

أنا أخول _____ لتطبيق _____ على _____ تضارسة بشرتي وعلاجها من
التصبغات وآثار الحبوب والتجاعيد.
أفهم جيدا بأن هذا الاجراء اختياري بحث, وأن النتيجة قد تختلف من شخص لأخر والعلاجات المتعددة
قد تكون ضرورية.

أفهم بأنه:

من المحتمل حدوث بعض المضاعفات التي قد تكون نادرة لكن محتملة.
ظهور بعض الاعراض الجانبية الشائعة كاحمرار مؤقت, حرق بسيط وقد يستمر لمدة 3 إلى 4 ساعات
أو لعدة أيام.

تصبغات متغيرة تشمل هايبربيجمنتيشن (فتيح للبشرة) أو (غامقان بالبشرة) وقد تستمر لمدة 1 إلى
6 اشهر أو أكثر.

بعض الاعراض المحتملة الاخرى كشعور بالحك, ألم, حرق, التهاب, تقشير, تورم. من المحتمل ايضا
عدم الحصول على النتيجة المتوقعة أو المرغوب بها.

أفهم بأنه عند تعرضي للشمس أو جهاز التشمس وعدم الالتزام بإرشادات العناية المطلوبة اتباعها قد
تزيد من فرصة حدوث مضاعفات.

إرشادات قبل وبعد العلاج و اجراءات العلاج تم شرحها لي بالكامل من الفوائد المحتمل الحصول عليها
والمضاعفات . لقد تمت الاجابه على جميع تساؤلاتي وأنا أوافق بشدة على تطبيق العلاج.

إنني أفهم مدى أهمية الالتزام بالمواعيد والحضور على الوقت المحدد مع التأكيد المسبق لتجنب الغاء
أو تأجيل المواعيد. وايضا أفهم أن المبالغ المدفوعة غير قابلة للاسترداد أو التبديل.

أنا أوافق على التصوير الفوتوغرافي/ تسجيل حالتي قبل وبعد العلاج, ولن يتم التعرف على هويتي
من الصور أو الوصف المرفق نعم لا

التوقيع

اسم المريض / الضامن & العلاقة

التوقيع

اسم الدكتور / المعالج



مركز أوركيديد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 9,900.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-008658

Date: 02-05-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002967 - HUDA ALBAHRY - 971503611440

The sum of Dhs. Nine Thousand Nine Hundred Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 9,900.00 (Bank Charges: 0.00) / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: 500 5000 700 1000 1200

Cheque No. Date:

Being 4 sessions carbon + 1 yellow peel + 12 threads + 1 genenfill + 2 tosyal filler + eye toxyyal + vat free session facial or carbon

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

5/1/2020
Carbon face
+ Botox FRG
with threads



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 4,725.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-009476)

Date:17-06-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002967 - HUDA ALBAHRY - 971503611440

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

By Cash 0.00 / By Credit Card 1,282.50 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 3,442.50

Bank: Cheque No. Date: 17-06-2020

Being 10 threads + 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 : 1002967 - HUDA ALBAHRY - 971503611440

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

www.omc1.ae

استمارة الموافقة على العلاج بخيوط PDO

التاريخ: _____

أوافق على المعالجة بخيوط PDO وقد تم شرح أن هذه الخيوط من مادة بولي ديوكسانون المعقمة مع الكانيولا والتي تزرع تحت الجلد في الطبقة الشحمية لشد الوجه وإعطاء النضارة.

ترداد النتائج بالتحسن لمدة شهرين وتستمر النتائج لمدة 10 إلى 12 شهر.

ينصح بعدم تناول الأدوية المسيلة للدم قبل و بعد أسبوعين من الإجراء.

الآثار الجانبية

ألم في الأسبوع الأول-إحساس شد في المنطقة كدمات-تورم-إحساس تحرك محدد-عدم تناظر بالوجه-غمزات بالجلد-التهاب وحمج بالجلد-أذية بالأعصاب أو الأوعية الدموية.

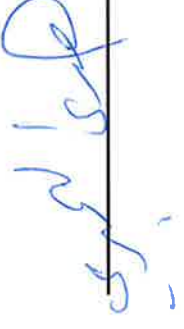
معظم هذه الاختلاطات مؤقتة.

أتفهم أن النتائج تختلف من شخص لآخر وتعتمد على حالة الشخص، وأن المبالغ المدفوعة غير قابلة للاسترداد أو التبديل.

أنا أوافق على التصوير الفوتوغرافي / تسجيل حالتي قبل وبعد العلاج وعدم نشر الصور إلا بالموافقة الموقعة مني.

التوقيع: _____

اسم المريض: _____





مركز أوركيذ الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 3,780.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-009387)

Date:13-06-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002967 - HUDA ALBAHRY - 971503611440

The sum of Dhs. Three Thousand Seven Hundred Eighty 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 3,780.00

Bank: Cheque No.

Date: 13-06-2020

Being 1 injection filler hand + 2 genefil for face + 1 inj botox + 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 : 1002967 - HUDA ALBAHRY - 971503611440

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

13/06/2020
5