



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No: ...1662991

Date: 10/10/2019

Date: 10/10/2019 Fatima Bettache File Number: 1002991  
Patient Name: .....  
Date Of Birth 29/6/1984 Gender : M / F Marital Status: (الحالة الاجتماعية): .....  
Nationality (الجنسية): ..... Occupation (الوظيفة): .....  
Address (العنوان): .....  
E-MAIL: .....

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

### 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: .../.../2019

### 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 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 تامين لنتائج العلاج و الإجراءات الطبية أو التجريبية المقدمة لي، كما أتفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.

أتفهم تماماً كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون محسوبة 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 لدي فتحي الملف صحيحة و أتفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي

أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتقديم هذا الإقرار و ان هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و اني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيله بالكامل و اني وقعت عليه بكامل إرادتي

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

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



التاريخ: 1/10/2019

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

الوزن (البروز): Weight (kg):	Kg	الطول (البروز): Height (cm):	cm	نوع الدم (فصيلة الدم): Blood Type:
النبض (البروز): Pulse (ppm):	ppm	الضغط الدم (البروز): Blood Pressure (mmHg):	/	السكر الدم (البروز): Blood Sugar (mg/dL):

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسيات: Allergies

الأدوية: Medications

الحمل: Pregnancy

الجراحات السابقة، عمليات المستشفى: Previous Surgeries, Hospitalization

التدخين (البروز): Smoking (Y / N)

التعاطي الكحول (البروز): Alcohol (Y / N)

التعاطي العقاقير (البروز): Drugs (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

.....





precisely Kindly Answer the following questions

How do you better describe your skin Type	ما هي الوصف الأنسب لنوع بشرتك؟
<input checked="" type="checkbox"/> Always Burned , little tanned	دائمة الاحترق , قليلة الاسمرار
<input type="checkbox"/> Always Burned, Never Tanned	دائمة الاحترق , عدم الاسمرار
<input type="checkbox"/> Little Burned, Always Tanned	قليلة الاحترق , دائما الاسمرار
<input type="checkbox"/> Rarely Burned, Always Tanned	نادرة الاحترق , دائما 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/ الايسوتريتينين خلال الست اشهر الماضية؟ نعم / لا
Have you used Retin A.Glycolic acid or Hydroequenon on Site?Yes / No	هل استخدمت ريتين أي أو منتجات حمض الجلايكوليك أو الهاليدوكوينون في منطقة العلاج؟ نعم / لا
Have you plucked or waxed hair on site in the last 6 months? Yes / No	هل قمت بنفك او كي او ازالة الشعر بالشمع في منة العلاج خلال ال 6 اسابيع الماضية؟ نعم / لا
Did you get exposed to sun or got tanned lately? .....	هل قمت بنفك اخر مرة تعرضت فيها لاشعة 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 وشموم / تاتو في منطقة العلاج؟ نعم / لا
Have you been diagnosed with any hormonal abnormalities? Yes / No	هل تم تشخيصك سابقا بأي مشاكل هرمونية؟ نعم / لا
What products you are using for your skin recently?.....	ماهي المنتجات التي تستخدمها / تستخدمها ليشربك حاليا؟
Have you Done Any Laser Hair Removal Before? Yes / No	هل اجريت اي عملية ازالة 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, Fatima Zahra Batache 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 , patient's 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

Date

... / ... / .....

رَبِّح

... / ... / .....

انا... فاطمة الزهرache... اوافق على ان اتي الى مركز أوركيد الطبي في الشارقة لاجراء ازالة الشعر بالليزر. اوافق على ان اتي الى مركز أوركيد الطبي في الشارقة لاجراء ازالة الشعر بالليزر.

تفهم ان اشعة الليزر تنتج طيفا من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتمصاصها في الأصباغ الموجودة في بصيلات الشعر لتعمل قدرتها على اثناء الشعر.

تفهم ان نتائج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي ونوع البشرة ونوع الشعر والتزام المرضى بتعليمات المعالج قبل وبعد الجلسات واختلاف استجابة الأشخاص للعلاج. واني على علم كامل بكافة الطرق البديلة لإزالة الشعر كالخلق والتفك والكرياتات وازالة شعر بالشمع والكلي واني اخذت ازالة الشعر بالليزر.

باني قد تقبيل التعليمات التالية:

: يسمح بالتسمير او استخدام مستحضرات التسمير لمدة 4-6 اسابيع قبل وبعد العلاج.

يجب تفادي ازالة الشعر بالشمع او التفت قبل العلاج ب 6 اسابيع على الاقل.

لوشوم والتاتو والمكياج الدائم في منطقة العلاج قد تتأثر بالعلاج بالليزر.

يجب اعطاء التاريخ الطبي كاملا ويشمل ذلك العلاجات والمساحية ونوع البشرة

لاشخاص الذين تناولوا عقار الاكوتان خلال الست اشهر الماضية او اي عقاقير تمنعهم من تعريض للشمس لفترة طويلة لا يمكنهم ازالة الشعر بالليزر.

هم انه برغم التغيير الذي قد ألمحظه من الجلسة الأولى فإن العلاج يحتاج إلى عدة جلسات

وصول على النتيجة المطلوبة.

عراض الجانبية

تتضمن الاعراض الجانبية احمرار البشرة بما يشبه الحروق. ومن الممكن حدوث بعض التورم وبقع. وهذه الاعراض الجانبية ستلاشي خلال بضع ساعات الى عدة ايام بعد العلاج. نقص زيادة التصبغات ليست بالامر الشائع ولا تدوم في حال حدوثها. وينصح بعدم التعرض لاشعة الشمس واستخدام المستحضرات الواقية من الشمس.

انه قد اتاحت لي الفرصة لاستفسار وتوجيه الاستشارة الى المعالج المختص واني قد قرأت و

تحتويات هذا الاقرار أو قد تمت قراءته لي. واني تجاوزت التامنة عشر من عمري او حصلت

على موافقة ولي أمري في حال عدم بلوغني السن القانوني.

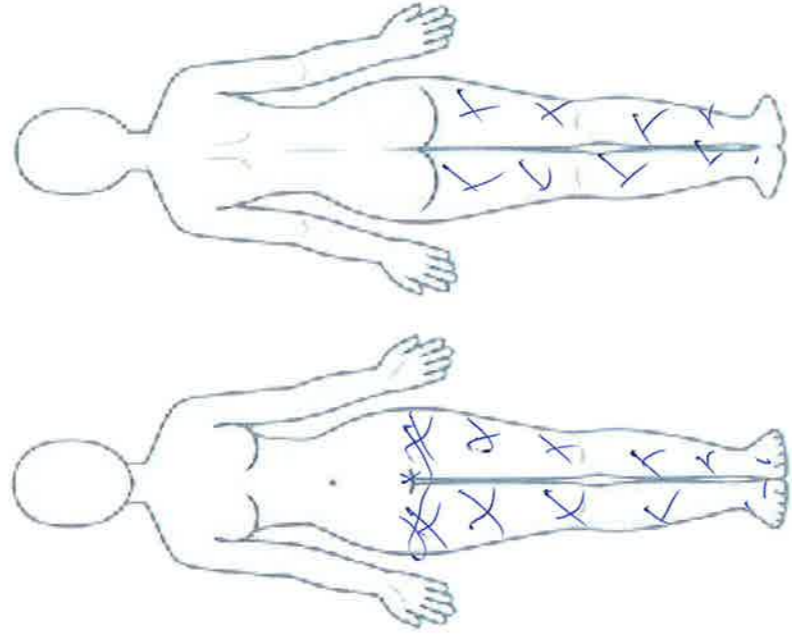
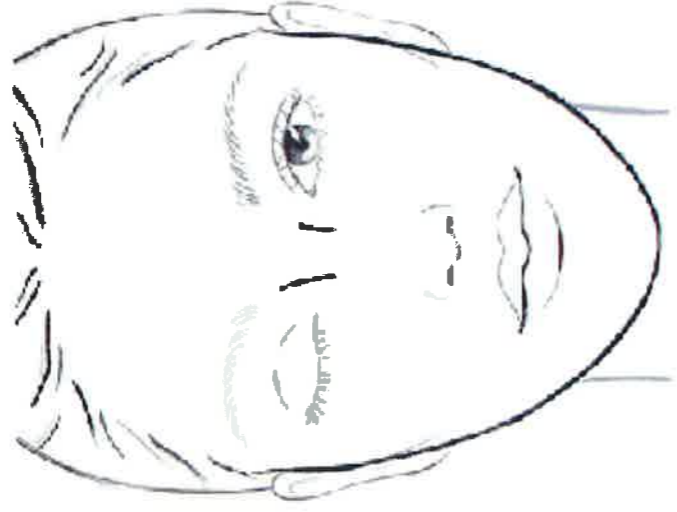
Name and Signature

Date

... / ... / .....

Patient's Name: Fatma إسم المريض  
 File Number: ..... رقم الملف  
 Pain Relief given? Yes / No ..... Evaluation and consent form completed? Yes / No  
Pretreatment photography taken? Yes / No

1508991.



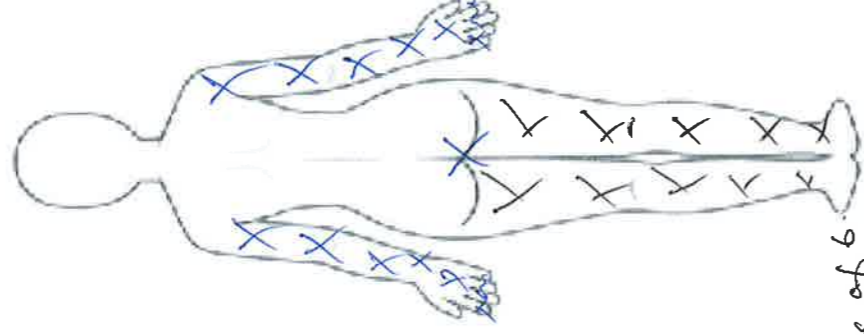
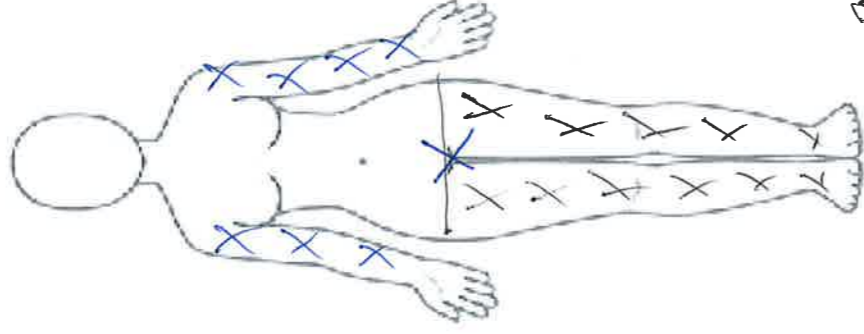
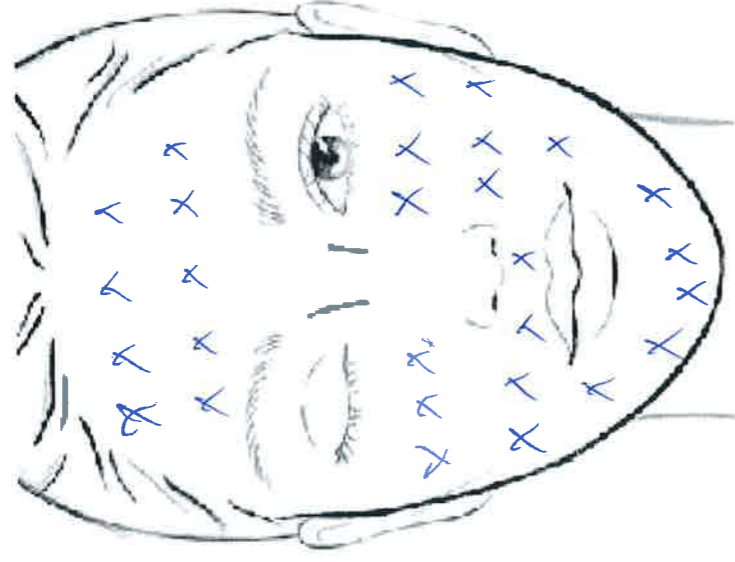
3rd / 6

	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	11/7/20.					
Treatment Area	Full leg					
Hair Type	Soft (D)					
Mode	9/9.5ms					
Fluence	Alex do.					
Pulse Type	1 Pass					
CNT Pulse						
Passes						
Starting Time						
Finish Time						
Post Treatment	Hemeloid					

*[Signature]*

Therapist Name and Signature .....

Patient's Name: Fatma DeMache اسم المريض  
 File Number: 1002941 رقم الملف  
 Pain Relief given? Yes / No 1002941 Evaluation and consent form completed? Yes / No  
 Pretreatment photography taken? Yes / No 1002941 Pretreatment photography taken? Yes / No



Tests of 6 Deba

VIKNI

	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	9/10/19	2/11/19	10/12/19	11/01/20	23/3/20	9/6/20
Treatment Area	Full leg	Full leg	Full body	Full body	Full leg	Full body
Hair Type	HT/Back	HT/Back	Soft D	Soft D	Soft D	Soft LD
Mode	Alex (20)	Alex 20	DPI Bikini	DPI Bikini	Alex 20	Alex 20
Fluence	8/10.5-12ms	8/11 ms	287/SH 167/Back	Velur	8/10ms	9/10ms
Pulse Type						
CNT Pulse						
Passes	1	1	2 passes	5 PM	1 pass	1 pass
Starting Time	3:30 pm	12:45 N	6:15 pm			
Finish Time	4 pm	1:15 N	12:20 N	3:15 pm	3:45 pm	10:30 am
Post Treatment	Hand	Handcloud	2.10.19	Handcloud	Handcloud	Handcloud
	ban	ban	ban	ban	ban	ban

Therapist Name and Signature .....



REDAD DATA

cAEAlOEBAAs3ODQxO\*

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**

<b>Name</b>	Fatima,Ezzahra,,,Bettache	<b>IDN:</b>	784198418498790	<b>Mother Name:</b>	
<b>Name (Ar)</b>	فطمة الزهراء,,,بیطاش	<b>Card Number:</b>	092383556	<b>Mother Name (Ar):</b>	
<b>Title:</b>		<b>Nationality:</b>	MAR	<b>Family ID:</b>	
<b>Title(Ar):</b>		<b>Nationality (Ar):</b>	المغرب		
<b>Issue Date:</b>	30/12/2018	<b>Sex:</b>	F	<b>Sponsor Type:</b>	03
<b>Expiry Date:</b>	25/12/2021	<b>Date of Birth:</b>	29/06/1984	<b>Sponsor Name:</b>	وسام عبدالقادر عصمان السعد
<b>Marital Status:</b>	02	<b>Husband IDN:</b>		<b>Sponsor Number:</b>	06494763
<b>Residency Type:</b>	03	<b>Residency Number:</b>	20120073142890	<b>Residency Expiry:</b>	25/12/2021
<b>ID Type:</b>	IL	<b>Occupation:</b>	99	<b>Occupation Field:</b>	00



Photo

Signature Image

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

10/1/2019



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 500.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-005322

Date: 01-10-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002991 - FATIMA 0 - 971502036378

The sum of Dhs. **Five Hundred Only**By Cash **500.00** / 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:

eing **ADVANCE FOR FULL LEGS PKG 1050 + 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](mailto:info@omc1.ae)  
[www.omc1.ae](http://www.omc1.ae)



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

No: REC-005770

RECEIPT VOUCHER

Date: 02-11-2019

AED 300.00

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002991 - FATIMA 0 - 971502036378

The sum of Dhs. **Three Hundred Only**By Cash **300.00** / 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:

Paying **ADVANCE FOR 3 ESSIONS 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

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



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 800.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-006440

Date: 10-12-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1002991 - FATIMA O - 971502036378**The sum of Dhs. **Eight Hundred Only**By Cash **800.00** / 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:

eing advance for 3 sessions full body vikini 1500 + vat balance 775

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

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

Piercing Consent Form

Clinic Name: ORCHID MEDICAL CENTER  
Clinic Address: SARJATI

City: SARJATI Country: \_\_\_\_\_

Customer's Name: FATIMA BETTACHE

Date of Birth:  / /  if under 24 months old, had their vaccination shots:  Y  N

Customer Address: SARJATI

Mobile: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Sterilization Lot Number: 1588941319 Product Code: 75220100

I hereby authorized to have my / my child / my grandchild \_\_\_\_\_ to be pierced, I have read and understand the following information which is very important in limiting or reducing post piercing problems during after care. By my signature below, I declare the following:

- I / He / She is not under the care of Medical Doctor/s for any medical condition or otherwise prohibiting from piercing procedure.
- I / He / She do not suffer from Diabetes, Epilepsy, Hepatitis, HIV / AIDS, Hemophilia, Dizziness or any heart condition, further not under the influence or regular prescribe medication such as blood thinning medication.
- I am not under the influence of drugs or alcohol. I am not pregnant.
- I have been informed about the piercing procedure and given a copy of piercing after care instructions, which I have read and understand. I understand that after piercing care procedure varies depending on whether the piercing is of the ear lobe / ear cartilage / nose or belly / naval. I have noted the differences.
- I understand that the possibility of infection may exist due to improper hygiene, metal sensitivity or other causes, however the most common is due to a failure to carefully follow to recommend After Care Procedure.
- I understand and accept that ear piercing in the ear cartilage may carry a greater possible risk of redness, swelling and infection due to the nature of piercing the area of the ear and I knowingly accept this risk.
- I understand that due to the nature of the piercing, exposure of newly pierced area to certain environments such as swimming and participation in athletic events (exercising) may increase the likelihood of infection.
- I will follow Piercing after Care Procedure.
- In case of belly/naval piercing, I am aware that my skin/ body may reject the foreign metal causing for piercing to close.
- I am over the age of \_\_\_\_\_ or consent on behalf of a minor, under the age of consent, that I am the parent or legal guardian of such minor understand that a minor signing as commits an act of fraud.

By signing this Piercing Consent Form, I hereby acknowledge that I understand the AFTERCARE procedure and the risk of infection. Knowing the risks, I consent to having my/ daughter / son \_\_\_\_\_ pierced by a medical professional of this clinic and as consideration for the clinic agreeing to pierce me/ her that may be associated with this piercing procedure. If signing as parent or legal guardian on behalf of a minor, I will hold myself liable and will indemnify the clinic and its staff/s, manufacturer, importers, distributors, promoters and will I further understand that making a false statement constitutes an act of fraud.

Customer/ Parent/ Legal guardian Signature (if customer is under the legal age, this must be signed by the parent or legal guardian) \_\_\_\_\_ Date: 11/2/20

Medical Professional:  \_\_\_\_\_ Date: 11/2/20



Clinic file copy, keep safe for customer records, attached products sterilization reference:



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,130.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-007588)

Date:11-02-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1002991 - FATIMA 0 - 971502036378

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

By Cash **330.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **800.00**

Bank: Cheque No.

Date: 11-02-2020

Being **3 SESSION FULL BODY + EAR PIERCING + 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 : 1002991 - FATIMA 0 - 971502036378

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



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 500.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-007037

Date: 12-01-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1002991 - FATIMA O - 971502036378**

The sum of Dhs. **Five Hundred Only**

By Cash **500.00** / By Credit Card **0.00** (Bank Charges: **0.00**) / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated

**00**

Bank: . . . . . Cheque No. . . . . Date:

Being **ADVANCE FOR 3 SESSIONS LASR VIKINI FULL BODY + VAT BALANCE 225**

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

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

[www.omc1.ae](http://www.omc1.ae)



مركز أوركيد الطبي  
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 900.00

No: REC-008264

RECEIPT VOUCHER

Date: 23-03-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1002991 - FATIMA O - 971502036378**

The sum of Dhs. **Nine Hundred Only**

By Cash **900.00** / 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 6 sessions full legs + vat balance 1095**

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

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