



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No:

Date: 3 / 10 / 19

Date: ... / ... / File Number: 1003000
Patient Name: Manera Khalid اسم المريض: مناصرة خليل المنسي
Date Of Birth (تاريخ الميلاد): ... / ... / Gender (الجنس) (M) / F Marital Status (الحالة الاجتماعية):
Nationality (الجنسية): Occupation (الوظيفة):
Address (العنوان): Phone No. (رقم الهاتف): 055 / 2000922
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 حديثة؟ | ⊘ | |
| 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 أمراض؟ | ⊘ | |
| Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب | ⊘ | |
| High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات للدم؟ | ⊘ | |
| Anemia, Leukemia (سرطان الدم) أنيميا (فقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم) | ⊘ | |
| Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، أمراض أخرى | ⊘ | |
| Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟ | ⊘ | |
| Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟ | ⊘ | |
| Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى | ⊘ | |
| Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟ | ⊘ | |
| Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟ | ⊘ | |
| Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟ | ⊘ | |
| Other conditions HSV, HIV...etc هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ فيروس الإيدز، فيروس الحلا البسيط HSV, 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 إقرار طبي

- أوافق و أسمع 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 تأمين لتنتج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجميلية المقدمة لي، كما أتفهم الإخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتفهم تماماً كافة الإخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية.
- و ادرك أن بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الى 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 تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.
- أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمت له في قفصي للملف صحيحة و أتفهم أن أي 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 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 (نمى الدم): |
| Pulse (النمى): ppm | Blood Pressure (ضغط الدم): / | Blood Sugar (سكر الدم): |

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

| | |
|---|------------------------|
| Disease History: التاريخ المرضي: | |
| Allergies: الحساسىة | |
| Medications: الأوىة | |
| Pregnancy: الحمل | |
| Previous Surgeries, Hospitalization عملىات ساءة , اىخال للمستشفى | |
| Smoking (التدخين): Y / N | Alcohol (الكول): Y / N |
| | Drugs (العاقن): Y / N |

الملاحظات العامة و السربرىة General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعىة Radiography

التشصى Diagnosis

File No:

Date: / /

Treatment Plan خطة العلاج

Blank lined area for writing the treatment plan.


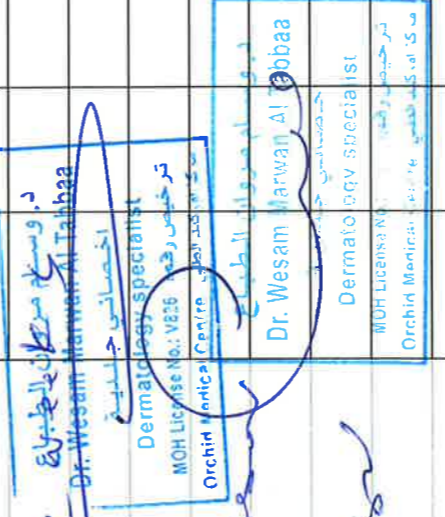
Doctor's Signature and Stamp

.....



PATIENT NAME:

FILE NO#:

| DATE | TREATMENT | PAYMENT | BALANCE | SIGNATURE |
|-------------|---|---------|---------|-----------|
| 2019-10-23 | Veneers to teeth | | | D. Al... |
| | فيناير، اناشور | | | |
| |  Dr. Amira Hassan G.P General Dentist MOH License No.: 057288 Orchid Medical Centre | | | |
| | د. اميرة حسن | | | |
| 18/1/20 | Botox (0.7) ACNE on forehead Planis facial Carbon Laser | | 1000 | |
| | P: M.I.D.A; Cleanser - look moist | | | |
| | next app after 2 اسبوعين مكان العيادة | | | |
| |  Dr. Wesam Marwan Al Abbasa Dermatology Specialist MOH License No.: V836 Orchid Medical Centre | | | |
| | د. وسام مرwan العبدالله | | | |
| 4. 10. 2020 | Carbon Laser | | | |
| 4/6/2020 | Carbon Laser | | | |

REDAD DATA

cAEAlOEBAa83ODQXO

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 | Manea,Khaled,Abdulla,Saiwed,Alshehhi | IDN: | 784199265805285 | Mother Name: | Maryam |
| Name (Ar) | مناح خالد عبد الله سعيد الشهي | Card Number: | 090314490 | Mother Name (Ar): | مريم |
| Title: | | Nationality (Ar): | ARE | Family ID: | 401003502 |
| Title (Ar): | | Nationality | الإمارات العربية المتحدة | | |
| Issue Date: | 02/08/2018 | Sex: | M | Sponsor Type: | |
| Expiry Date: | 02/08/2023 | Date of Birth: | 31/01/1992 | Sponsor Name: | |
| Marital Status: | 01 | Husband IDN: | | Sponsor Number: | |
| Residency Type: | | Residency Number: | | Residency Expiry: | |
| ID Type: | ID | Occupation: | 11 | Occupation Field: | 00 |



Photo

Signature Image

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

10/3/2019



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

No: REC-005357

AED 3,000.00

RECEIPT VOUCHER

Date: 03-10-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1003000 - MANEE 00. - 971552000927

The sum of Dhs. **Three Thousand Only**By Cash **0.00** / By Credit Card **3,000.00 (Bank Charges: 0.00)** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No. Date:

Being **ADVANCE FOR VENEERS OFFER 6500 + VAT BALANCE 3825**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 أوركييد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 4,025.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-005531)

Date:14-10-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1003000 - MANEE 00. - 971552000927

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

By Cash 1,025.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 3,000.00

Bank: Cheque No. Date: 14-10-2019

Being 20 TEETH VENEER + VAT (REST PAID BY 2 CHEQUES)

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 : 1003000 - MANEE 00. - 971552000927

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

United Arab Emirates
بطاقة هوية
نولة الإمارات العربية المتحدة

Identity Card

رقم الهوية / ID Number
784-1994-2186375-6

الإسم: نادر خالد عبدالله سويد الشحي

Name: Nader Khaled Abdulla Saïwed Alshehhi

الجنسية: الإمارات العربية المتحدة
Nationality: United Arab Emirates

An identity card from the United Arab Emirates. It features the national emblem at the top left, the text 'United Arab Emirates' and 'نولة الإمارات العربية المتحدة' at the top, and 'بطاقة هوية' and 'Identity Card' below. The cardholder's name is 'Nader Khaled Abdulla Saïwed Alshehhi' in English and Arabic. The ID number is '784-1994-2186375-6'. A portrait of the cardholder is on the right side.



بنك أبوظبي الأول

First Abu Dhabi Bank

Dibba

Date 14/12/2019 التاريخ

Pay against this cheque to or the Bearer Orchid Medical Center

Dirhams One thousand Four hundred only AED 400 درهم

First Abu Dhabi Bank PJSC

NADER KHALED ABDULLA S ALSHEHHI

Cheque No. Account No.

WARNING: THIS CHEQUE CONTAINS INVISIBLE UV / IR INK PRINTED ON WATERMARK PAPER

Signature

[Handwritten Signature]

١١ ٤ ٣ ٢ ٧ ٥ ٩ ٤ ٩ ٠ ٣ ٥ ٧ ٠ ١ ٧ ٦ ٤ ١ ١ ٣ ٧ ٠ ٧ ٢ ٠ ١ ٠ ٤ ٢ ١ ١



بنك أبوظبي الأول

First Abu Dhabi Bank

Dibba

Date 14/11/2019 التاريخ

Pay against this cheque to or the Bearer Orchid Medical Center

Dirhams One thousand Four hundred only AED 400 درهم

First Abu Dhabi Bank PJSC

NADER KHALED ABDULLA S ALSHEHHI

Cheque No. Account No.

WARNING: THIS CHEQUE CONTAINS INVISIBLE UV / IR INK PRINTED ON WATERMARK PAPER

Signature

[Handwritten Signature]

١١ ٤ ٣ ٢ ٧ ٥ ٩ ٤ ٩ ٠ ٣ ٥ ٧ ٠ ١ ٧ ٦ ٤ ١ ١ ٣ ٧ ٠ ٧ ٢ ٠ ١ ٠ ٤ ٢ ١ ١

DRCHID MEDICAL CENTER

MODE OF PAYMENT RECEIVED FOR LAB PROCEDURE

Maner 1003000

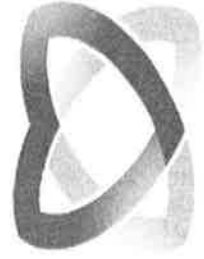
| NO: TEETH | RATE / TEETH | TOTAL AMT OF TREATMENT: | ADVANCE COLLECTED | CASH | CARD | CHEQUE | BALANCE |
|--------------------|--------------|-------------------------|-------------------|------|------|--------|---------|
| 20 Teeth Veneer | 325 | 6500 | 4025 | / | | | |

ALANCE AMOUNT
INSTALLMENT DETAILS

| BANK NAME | DT: CHQ | CHQ # | INSTALLMENT AMT | CHQ REPLACEMENT DETAILS |
|------------|----------|--------|-----------------|-------------------------|
| FBI | 14-11-19 | 432758 | 1400 | |
| FBI | 14-12-19 | 432759 | 1400 | |
| TOTAL 2800 | | | | |

CHQ COLLECTED FROM FRONT DESK:
NAME & SIGNATURE WITH DT:

15/10/2019
[Signature]



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,400.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-006535)

Date:15-12-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1003000 - MANEE 00. - 971552000927

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

By Cash 0.00 / By Credit Card 1,400.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 15-12-2019

Being against chq no: 432759 number dated on 14/12/2019 FAB1

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 : 1003000 - MANEE 00. - 971552000927

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



مركز أوركيده الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,050.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-007118)

Date:18-01-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1003000 - MANEE 00. - 971552000927

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: 18-01-2020

Being 1 injection 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 : **1003000 - MANEE 00. - 971552000927**

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

ورقة الموافقة على البوتكس

التوقيع: 8/1/20

أنا السيد/السيدة _____ أؤكد بأنه تم شرح لنا كيفية العلاج باستخدام البوتكس وكل التفاصيل المتعلقة به، الغاية من الاستخدام وعلى ما يحتويه كحال جميع الادوية البوتكس قد يحتوي على آثار جانبية. هذه الردود العكسية قد تكون متعلقة بالعلاج، إما بسبب المنتج أو الفرد، لكن بشكل عام هذه المضاعفات قد تحدث في الأيام الأولى التي تتبع يوم الحقن وتكون بشكل مؤقت. معظم الحالات التي تم تسجيلها تكون بدرجة معتدلة إلى خفيفة. كما هو متوقعة بعد الحقن سوف يكون هناك شعور بالألم وحرق وتيبس وتورم وازرقاق.

من الآثار الجانبية الشائعة التي من الممكن حدوثها: صداع، زغللة، احمرار، تراخي بعضلات الوجه وألم في الوجه.

من الآثار الجانبية الغير شائعة: التهاب، غثيان، تقيؤ، التهاب في الجفن، ألم في العين، عدم رؤية واضحة، جفاف في الفم، تيبس الشفاه، تورم في الوجه وحول العين، حساسية ضد الضوء، تشنج بالعضلات، أعراض الانفلونزا، ضعف وحرارة.

الآثار الجانبية التالية قد تكون نادرة: حكة، طفح جلدي، قشعريرة، أنواع مختلفة من الطفح الجلدي الأحمر، حساسية قوية (تورم وتحديدا في الوجه والمجرى الهوائي مما يسبب صعوبة بالتنفس)، هبوط الحاجب أو الجفن، سماع طنين بالأذن وقلة السمع، حساسية في صعوبة البلع والتنفس والكلام.

لقد تم إبلاغي أيضا أنه اعتمادا على الفرد والمنطقة المراد حقنها ونوع المادة التي سيتم استخدامها، بأن تأثير العلاج قد يستمر لمدة 4 إلى 6 أشهر مع التوقعات.

المتابعة والمراجعة تساعد جدا في الحفاظ على درجة استجابة العلاج والتصحيح. إنني أتفهم مدى أهمية الالتزام بالمواعيد والحضور على الوقت المحدد مع التأكيد المسبق لتجنب الغاء أو تأجيل المواعيد. وأيضا أتفهم ان 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: عاطية حطيط

اسم المعالج: _____

إقرار للعلاج باستخدام جهاز Q-Switch Laser

جهاز Q-Switch Laser أقر أنا هانم ظلاله عمير الدمشقي بتقويض طبيب الاختصاص أو أحد معاونيه لإجراء العلاج باستخدام

ليزر الـ **■ التقشير الكروني** باستخدام لوشن الكرونيو بتعمه التقشير بالليزر هو أحد الإستطبات لإعادة نضارة البشرة، وعلاج علامات التقدم بالسن، علاج التجاعيد، خطوط الوجه والشذوذ

الصبغي (البقع الحمراء والبنية غير المرغوب بها) والمرتبطة بالتقدم بالسن وحالات أخرى، تحسين ملمس البشرة، علاج حب الشباب، إحصار الجلد، إزالة التصبغات (البقع الداكنة الناتجة عن حب الشباب) التوب التي تتبع الحبوب، توسع مسامات الجلد، إزالة أو تخفيف الشعر الناعم بشكل مؤقت، بشكل عام ينصح ب3-5 جلسات معضمهم فترة زمنية من 2-4 اسابيع وجلسات مرابجة كل 3-6 اشهر.

■ **التقشير الناعم** و**إزالة التصبغات بالليزر** يقوم الجهاز بالتقشير بدون استخدام لوشن الكرونيو، بينما التقشير الناعم هو إزالة التصبغات بالليزر بالإضافة لوشن الكرونيو مما يستهدف الأصباغ الأكثر عمقا الشائعة في الكلف وزيادة التصبغات بعد الإتهاب. ينصح ب6-12 جلسة بينهم 3-6 اشهر خصوصا في حالة الكلف.

. إزالة الوشم بالليزر.

. الأورام الصبغية.

. تقشير الشعر.

. إزالة فطريات الإخفاف (الوضع A)

. بير إزالة الكلف (الوضع M)

مضادات الإستصمالم للعلاج يتضمن:

. تناول عقار الأيسوترتينوين (الأكيوثان) خلال ال6 أشهر الماضية.

. الحمل والرضاعة.

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

. مشاكل في الجهاز المناعي.

. الإصابة بالإيدز و التهاب الكبد الوبائي.

. ضعف الشفاء (تكون التوب الجلدية)

. البهاق.

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

لقد تم الشرح لي عن الحاجة الي انهاء خطة العلاج، و انا اتفهم ان النتائج قد تختلف بالنظر الي استجابتي للليزر 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.

أتفهم ان كما هناك منافع للإجراء المطلوب، اتفهم ان الإجراء قد ينطوي على مخاطر واحتمال تاخر في فترة الشفاء/ الاقتمام، ماعدا التقشير الناعم الذي لا يحتاج الي فترة شفاء.

أتفهم ان المضاعفات نادرة الحدوث لكنها ممكنة وتتضمن التالي : احمرار مؤقت، تأثيرات مشابهة لتأثيرات حروق الشمس التي تستمر من عدة ساعات الي عدة ايام فقط، تغيرات صبغية (بقع داكنة او فاتحة على الجلد) او احمرار مزمن قد يمتد من شهر الي ثلاثة اشهر. بعض الاعراض المحتملة قد تتضمن حك، ألم، حكمت، التهاب، نبوب او التقاق.

أشعة الليزر قد تسبب ضررا للخين ويجب ارتداء النظارات الواقية اثناء العلاج . وعلى ايضا ابقاء عياني مغلقا اثناء العلاج. اقر ان المخدر الموضعي مطلوب مما قد يسبب برودة فعل ومضاعفات التخدير.

لقد تم شرح العلاج بكامل فوائده ومضاعفاته المحتملة، وقد تمت الإجابة على جميع اسئلتني وقد وقعت على هذا الاقرار بكامل ارادتي.

التوقيع:

المرضى

التاريخ:

اسم المريض/ولي امر المريض:



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 210.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-007454)

Date:04-02-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1003000 - MANEE 00. - 971552000927

The sum of Dhs. Two Hundred Ten 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 210.00

Bank: Cheque No.

Date: 04-02-2020

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 : 1003000 - MANEE 00. - 971552000927

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

No: REC-007453

RECEIPT VOUCHER

Date: 04-02-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1003000 - MANEE 00. - 971552000927

The sum of Dhs. **Four Hundred Twenty Only**

By Cash **0.00** / By Credit Card **420.00** (Bank Charges: **0.00**) / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No. Date:

Being **advance for 2 sessions carbon laser + 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

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