



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No:

Date: 24/10/19

Date: 24/10/2019

File Number: 1003148

Patient Name: Tina Saffarini

اسم المريض:

Date Of Birth: 30/12/1988

Gender: M / (F)

Marital Status: (الزوجة الاجتماعية): Single

Nationality: Jordan

Occupation: Teacher

Address: 88912

Phone No. (رقم الهاتف): 0522440001

E-MAIL: Tina.Saffarini.999@khalifa.com

How did you know about us: Google

التاريخ الطبي Medical History		
الحالة الطبية Medical Condition	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details اذا كانت الاجابة نعم اذكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تعاطى أي أدوية أو تلقى أي علاجات حديثة؟	No	
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تعاطى 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 تعاطى أي مميعات للدم؟	No	
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) انيميا	No	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، المل، أمراض أخرى	No	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني 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 تعانين 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 من أي أمراض أخرى؟ HSV, HIV...etc 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 المعول.
- أتفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل تزويدي بالعلاج الأفضل و الخدمة الأفضل.
- أتفهم أنه من الممكن أن يكشف الطبيب خلال العلاج أمورا مختلفة عن ما ذكر في النص الأصلي 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 التجريبية المقدمة لي، كما أتفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتفهم تماما كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات و الاجراءات العلاجية و الجراحية.
- و ادرك ان بعض الاجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الى 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 أن تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.
- أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمت لي فحشي للملف صحية و أتفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماما ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي
- أقر ان لدي المعلومات الكاملة لتفهم هذا النموذج 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: 2019 / 10 / 24

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

Weight (الوزن):	Kg	Height (الطول):	cm	Blood Type (دمية الدم):
Pulse (النبض):	ppm	Blood Pressure (ضغط الدم):	/	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 ، ادخال للمستشفى

Smoking (التدخين) : Y / N

Alcohol (الكحول) : Y / N

Drugs (تداعبي 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

.....

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	Lina,Mahmoud,Saleem,,Saffarini	IDN:	784199480732793	Mother Name:	
Name (Ar)	لينا محمود سليم سافاريني	Card Number:	085870994	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	JOR	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	الأردن		
Issue Date:	17/10/2017	Sex:	F	Sponsor Type:	08
Expiry Date:	15/10/2020	Date of Birth:	30/12/1994	Sponsor Name:	مدينة الشارقة للخدمات الإنسانية
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	07	Residency Number:	30120177058573	Residency Expiry:	15/10/2020
ID Type:	IL	Occupation:	2320	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

10/24/2019



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 157.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-005648)

Date:24-10-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1003148 - LENA 00. - 971522440001**

The sum of Dhs. **One Hundred Fifty-Seven Dirhams and Fifty Fils Only**

By Cash **157.50** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank:

Date: **24-10-2019**

Cheque No.

Being **CARBON LASER + VAT THURSDAY OFFER**

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 : **1003148 - LENA 00. - 971522440001**

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



مركز أوركيدي الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 157.50

RECEIPT VOUCHER

No: REC-005649

Date: 24-10-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1003148 - LENA 00. - 971522440001

The sum of Dhs. **One Hundred Fifty Seven and Five Fils Only**By Cash **0.00** / By Credit Card **157.50 (Bank Charges: 0.00)** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank:

Cheque No.

Date:

Receiving **ADVANCE FOR 1 SESSION CARBON LASER + VAT THURSDAY OFFER**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

*Aina Daffarini**24/10*

إقرار للعلاج باستخدام جهاز Q-Switch Laser

جهاز Q-Switch Laser أقر أنا Lina Saffarini بتفويض طبيب الاختصاص أو أحد معاونيه لإجراء العلاج باستخدام

ليزر الـ ■ التقشير الكرونيو باستخدام لوشن الكرونيو بتعمه التقشير بالليزر هو أحد الإستطيات 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 ملمس البشرة، علاج حب الشباب، إحصار الجلد، إزالة التصبغات (البقع الداكنة الناتجة عن حب الشباب) الندوب التي تنتج الحبوب، توسع مسامات الجلد، إزالة أو تخفيف الشعر الناعم بشكل مؤقت، بشكل عام ينصح ب3-5 جلسات معظمهم فترة زمنية من 2-4 أسابيع وجلسات مرارة كل 3-6 أشهر.

■ التقشير الناعم وإزالة التصبغات بالليزر يقوم الجهاز بالتقشير بدون استخدام لوشن الكرونيو، بينما التقشير الناعم هو إزالة التصبغات بالليزر بإضافة لوشن الكرونيو مما يستهدف الأصابع الأكثر عمقا الشامة في الكلف و زيادة التصبغات بعد الإنتهاء. ينصح ب6-12 جلسة بينهم 3-6 أشهر خصوصا في حالة الكلف.

. إزالة الوشم بالليزر.

. الأورام الصبغية.

. شقير الشعر.

. إزالة فطريات الإصافر (الوضع A)

. بئر إزالة الكلف (الوضع M)

مضادات الإستعمال للعلاج ينضم:

. تناول عقار الأيسوترتينوين (الأكوتان) 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 الندوب الجلدية)

. التهاب.

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

أقد تم الشرح لي عن الحاجة الى إنهاء خطة العلاج، و انا أقهم ان النتائج قد تختلف بالنظر الى 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.

أقهم ان كما هناك منافع للاجراء المطلوب، أقهم ان الاجراء قد ينطوي على مخاطر واحتمال تاخر في فترة الشفاء/ الاقتمام، ماعدا التقشير الناعم الذي لا يحتاج الى فترة نشفاء.

أقهم ان المضاعفات نادرة الحدوث لكنها ممكنة وتتضمن التالي : احمرار مؤقت، تأثيرات مشابهة لتأثيرات 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، الحكة، التهاب، ندوب او التقاق.

اشعة الليزر قد تسبب ضررا للعين ويجب ارتداء النظارات الواقية اثناء العلاج . وعلى ايضا ابقاء عياني مغلقان اثناء العلاج . اقر ان المخدر الموضعي مطلوب مما قد يسبب برودة فمك ومضاعفات التخدير.

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

التوقيع:

التاريخ:

اسم المريض/ولي امر المريض:



17/Nov/2019

Lina Saffarini

Patient Details

Patient Name Lina Mahmoud Saleem Saffarini
DOB 30-12-1994
Patient Id 784199480732793
Gender Female

Prescription Details

Facility ORCHID MEDICAL CENTRE(7243)
Prescription Issue Date 11-Jan-2020 14:22:54
Prescription Expiry Date 14-Jan-2020 14:22:54
Clinician Name Wesam Marwan Altabbaa(MOHD54409)
Prescription No 9025541
Status Active

Diagnosis Details

Primary
• Acne vulgaris L70.0

Prescribed Medication

• E08-3921-03186-02 Isotretinoin (Oratane® 10mg) 10mg Capsule 30's (15's Blister x 2)
Qty: 30 Capsule, **Duration:** 30 days, **Strength:** 10 mg, **Refill:** 0
Clinician Comment: after food
Dosage Advice: Take 1 Capsule Once a day



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 157.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-009357)

Date:12-06-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1003148 - LENA SAFARINI - 971522440001

The sum of Dhs. **One Hundred Fifty-Seven Dirhams and Fifty Fils Only**

By Cash **0.00** / By Credit Card **157.50** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 12-06-2020

Being carbon+ 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 : **1003148 - LENA SAFARINI - 971522440001**

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

www.omc1.ae

Name : Lina Saffarini
 Sex : Female
 Date Of Birth : 29 Y
 Referred By :
 Receiving Date : JAN-04-20 07:36 PM
 Insurance Company :
 Indication :
 Clinic File No. :
 Lab File No. : 2001-00273
 Lab. Case No. : 62401
 Clinic Name :
 Reporting Date : JAN-05-20 10:12 PM
 Insurance No. :

CLINICAL CHEMISTRY

Test	Result	Unit	Reference Range	Methodology
Glucose, Random	72.0	mg/dL	60.0 - 140.0 Non pregnant: 60 - 140 Pregnant: 60 - 105	Hexokinase/G-6-PDH
<i>Sample Type</i> Cholesterol	157.0	mg/dL	Desirable:<200 Borderline:200-240 High level:>240	Enzymatic
Triglycerides	34.0	mg/dL	Desirable:<150 Borderline:150-160 High level:>160	Enzymatic
HDL Cholesterol	58.3	mg/dL	42.0 - 88.0	
LDL Cholesterol	92.0	mg/dL	Optimal:<100 Borderline high:100-159 High:160-189	Gel Card Technique
VLDL Cholesterol	6.8	L mg/dL	7.0 - 30.0	Calculation
Cholesterol/HDL	2.7	Ratio	< 4.5	Calculation
HDL/LDL	0.6	Ratio	> 0.3	Calculation
<i>Sample Type Serum</i> Alanine Aminotransferase (ALT)	11	U/L	< 34	IFCC Method/ImmunoInhibition

* Samples are processed on the same day of request unless indicated
 * Results reported are for the samples received and reference range is age related when applicable



Mona

Analysed by : Kim Rosales
 Medical Technologist
 T58310

Verified by : Dr. Mona Mohamed Hagr
 Clinical Pathologist
 License No : D42240

Printed by : Er-Fe Heart Ballinai
 Flat 203, Union National Bank Bldg, Al Buhaira Cornich St., Al Majaz, P.O. Box: 65238, Sharjah, U.A.E
 Tel : +971 6 551 9916, Fax : +971 6 551 9917. E-mail: daralhikmah2012@gmail.com
 Final Report
 Page 1 of 2
 Printed on : JAN-09-20 03:42 PM

Name : Lina Saffarini
Sex : Female
Date Of Birth : 29 Y
Referred By :
Receiving Date : JAN-04-20 07:36 PM
Insurance Company :
Indication :
Clinic File No. :
Lab File No. : 2001-00273
Lab. Case No. : 62401
Clinic Name :
Reporting Date : JAN-05-20 10:12 PM
Insurance No. :

CLINICAL CHEMISTRY

Test	Result	Unit	Reference Range	Methodology
Aspartate Aminotransferase (AST)	15	U/L	< 31	IFCC Method/Immuno-inhibition
Gamma Glutamyl Transferase (GGT)	14.0	U/L	< 38	
Bilirubin total	0.50	mg/dL	< 2.0	Diazo Reaction
Bilirubin direct	0.20	mg/dL	< 0.2	Colorimetric
Total Protein	6.9	g/dL	6.4 - 8.3	Colorimetric
Albumin	4.4	g/dL	3.5 - 5.2	Colorimetric
Globulin	2.5	g/dL	1.2 - 5.3	Colorimetric
Alkaline phosphatase (ALP)	58.0	U/L		Colorimetric
Sample Type	Serum			

End of Report

* Samples are processed on the same day of request unless indicated
* Results reported are for the samples received and reference range is age related when applicable

Analysed by : Kim Rosales
Medical Technologist
T58310



Kim Rosales

Verified by : Dr. Mona Mohamed Hagr
Clinical Pathologist
License No : D42240

Mona

Printed by : Er-Fe Heart Balinai
Fiat 203, Union National Bank Bldg, Al Bunaira Cornich St., Al Majaz, P.O. Box: 65238, Sharjah, U.A.E
Tel : +971 6 551 9916, Fax : +971 6 551 9917, E-mail: daralikhmah2012@gmail.com
Final Report
Page 2 of 2
Printed on : JAN-09-20 03:42 PM

Name : Lina Saffarini
Sex : Female
Date Of Birth : 29 Y
Referred By :
Receiving Date : JAN-04-20 07:36 PM
Insurance Company :
Indication :
Clinic File No. :
Lab File No. : 2001-00273
Lab. Case No. : 62401
Clinic Name :
Reporting Date : JAN-05-20 10:12 PM
Insurance No. :

CLINICAL CHEMISTRY

Test	Result	Unit	Reference Range	Methodology
Sodium	138.0	mmol/L	136.0 - 145.0	
Potassium (K)	4.1	mmol/L	3.5 - 5.5	
Chloride (Cl)	99.0	mmol/L	94.0 - 110.0	
Urea	24.8	mg/dL		
Creatinine	0.83	mg/dL	< 1.1	Enzymatic
Uric Acid	2.7	mg/dL	< 7.2	
Phosphorous	4.3	mg/dL	2.5 - 4.5	
Calcium	8.8	mg/dL	8.6 - 10.2	Colorimetric

Sample Type : Serum

End of Report

* Samples are processed on the same day of request unless indicated
* Results reported are for the samples received and reference range is age related when applicable

Signature

Analysed by : Kim Rosales
Medical Technologist
T58310

Printed by : Er-Fe Heart Balindi



Signature

Verified by : Dr. Mona Mohamed Hagr
Clinical Pathologist
License No : D42240

Printed on : JAN-09-20 03:43 PM

Final Report
Page 1 of 1

Name : Lina Saffarini
Sex : Female
Date Of Birth : 29 Y
Referred By :
Receiving Date : JAN-04-20 07:36 PM
Insurance Company :
Indication :

Clinic File No. :
Lab File No. : 2001-00273
Lab. Case No. : 62401
Clinic Name :
Reporting Date : JAN-05-20 10:12 PM
Insurance No. :

HEMATOLOGY & COAGULATION

Complete Blood Count

Test	Result	Unit	Reference Range	Methodology
Haemoglobin	12.8	g/dL	11.5 - 15.0	
Haematocrit (Hct)	37.9	%	35.0 - 47.0	
Erythrocyte Count (RBC)	4.7	10 ⁶ /mm ³	3.9 - 5.4	Automated cell counter
MCV	81	µm ³	75 - 95	
MCH	27	pg	27 - 31	
MCHC	34	g/dL	32 - 36	Automated cell counter
RDW	15.1	%	< 14	
Platelet Count	239	10 ³ /mm ³	150 - 400	Automated cell counter
Leucocyte Count (WBC)	12.7	10 ³ /mm ³	3.5 - 10.0	Automated cell counter
Differential Count				
Neutrophils	78	%	40 - 75	
Lymphocytes	16	%	20 - 45	
Monocytes	5	%	2 - 10	
Eosinophils	1	%	0 - 5	
Basophil	0	%	0 - 1	

Sample Type : EDTA BLOOD

End of Report

* Samples are processed on the same day of request unless indicated
* Results reported are for the samples received and reference range is age related when applicable



Mona

Analysed by : Ashar Al Rabie
Medical Laboratory Technologist
License No : T19042

Verified by : Dr. Mona Mohamed Hagr
Clinical Pathologist
License No : D42240

Final Report
Page 1 of 1

Printed by : Er-Fe Heart Balindi

Printed on : JAN-09-20 03:43 PM



مركز أوركيديد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,270.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-006886)

Date:04-01-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1003148 - LENA 00. - 971522440001

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

By Cash 1,270.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 04-01-2020

Being CONS + VAT + GLUCOSE + CBC + LIVER + KIDNEY FUNCTION TEST + THYROID

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 : 1003148 - LENA 00. - 971522440001

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-009631)

Date: 23-06-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1003148 - LENA SAFARINI - 971522440001

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: 23-06-2020

Being 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

Confirmed by : 1003148 - LENA SAFARINI - 971522440001

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