



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No:

Date: 08/11/2019

Date: 8/11/2019

File Number: 1003271

Patient Name: Hiba Ali Jameel

اسم المريض:

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 22/19/1996 Gender (الجنس): M / (F) Marital Status (الحالة الاجتماعية): Single

.....

Nationality (الجنسية): 1094? Occupation (الوظيفة): Trainee

Phone No. (رقم الهاتف): 056 277 8520

How did you know about us: Through family

Address (العنوان): Siba

Phone No. (رقم الهاتف): 056 277 8520

E-MAIL: h.abawi.alshamsy@gmail.com

How did you know about us: Through family

التاريخ الطبي Medical History		
الحالة الطبية Medical Condition	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كانت الإجابة نعم اذكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثاً؟	No	
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 للدم؟	No	
Anemia, Leukemia (سرطان الدم) انيميا (نقر الدم)، لوكيميا	Yes	mild - Anemia
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 تناسلية؟	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 هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ HIV, HIV...etc فيروس الإيدز، فيروس الحلا البسيط	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: ١١ / ١١ / ٢٠١٩

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 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 لنتائج العلاج و الإجراءات الطبية أو التجريبية المقدمة لي، كما أتفهم الأخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتفهم تماما كافة الأخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية.
- و أدرك 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 قدمته لدي قمتي للملف الصحية و أتفهم أن أي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماما و لا يمكن الإفصاح عليها دون موافقتي
- أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتقديم هذا الأقرار و أن هذا النموذج قد تم شرحها لي بالكامل و اني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيله بالكامل و اني وقعت عليه بكامل إرادتي

أنا 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

Vital Signs المؤشرات الحيوية

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

Chief Complaint سبب زيارة المريض للعيادة

Disease History التاريخ المرضي:

Allergies الحساسية

Medications الأدوية

Pregnancy الحمل

Previous Surgeries, Hospitalization
عمليات سابقة ، ائحال للمستشفى

Smoking (التدخين) : Y / N

Alcohol (الكحول) : Y / N

Drugs (تعاظي العقاقير) : Y / N

General & Clinical Findings الملاحظات العامة و السريرية

Examination الفحص

Radiography الصور الشعاعية

Diagnosis التشخيص

File No:

Date: / /

Treatment Plan خطة العلاج

Doctor's Signature and Stamp

.....



precisely Kindly Answer the following questions *يرجى الإجابة على الأسئلة التالية بدقة

How do you better describe your skin Type	ما هو الوصف الأنسب لنوع بشرتك؟
<input checked="" type="checkbox"/> Always Burned , little tanned	<input type="checkbox"/> دائمة الاحترق , قليلة الاسمرار
<input type="checkbox"/> Always Burned, Never Tanned	<input type="checkbox"/> دائمة الاحترق , عديمة الاسمرار
<input type="checkbox"/> Little Burned, Always Tanned	<input type="checkbox"/> قليلة الاحترق , دائمة الاسمرار
<input type="checkbox"/> Rarely Burned, Always Tanned	<input type="checkbox"/> نادرة الاحترق , دائمة الاسمرار
Have you Ever had Scars or keloids? Yes / No	هل ظهرت لديك سابقا علامات ندوب أو جديرة؟ نعم / لا
Have you ever had Herpes simplex, blisters or ulcers on site? Yes / No	هل ظهر لديك حلا بسيط أو بثور أو قروحات في منطقة العلاج؟ نعم / لا
Have you Taken Akutan or Isotretinone in the last 6 months? Yes (No) / No	هل تناولت عقار الأكيوتان/ الأيسوتريتينون خلال الست أشهر الماضية؟ نعم / لا
Have you used Retin A, Glycolic acid or Hydroquinone on Site? Yes/No	هل استخدمت ريتين أي أو منتجات حمض الجلاليك أو الهيدروكينون في منطقة العلاج؟ نعم / لا
Have you plucked or waxed hair on site in the last 6 months? Yes / No	هل قمت بتف أو كي أو إزالة الشعر بالشع في منطة العلاج خلال ال 6 أسابيع الماضية؟ نعم / لا
Did you get exposed to sun or got tanned lately? ...No/Yes	هل كانت آخر مرة تعرضت فيها لأشعة الشمس لمدة طويلة أو قمت بجلسة تسمير؟ نعم / لا
Do/ Did you use any tanning products? Yes (No) / No	هل استخدمت مستحضرات تسمير البشرة؟ نعم / لا
Do you Have any tattoos on site? Yes (No) / No	هل لديك أي وشم / تاتو في منطقة العلاج؟ نعم / لا
Have you been diagnosed with any hormonal abnormalities? Yes (No) / No	هل تم تشخيصك سابقا بأي اختلالات أو مشاكل هرمونية؟ نعم / لا
What products you are using for your skin recently? Face wash - mask (أسبوعيا) - 100% - 100%	ماهي المنتجات التي تستخدمها ليرتق حاليا؟
Have you Done Any Laser Hair Removal Before? Yes (No) / No	هل أجريت أي عملية إزالة شعر سابقا؟ نعم / لا
For Ladies: Are You Pregnant ? Yes (No) / No	السيدات فقط: هل أنت حامل؟ نعم / لا
Have you done any permanent make up? Yes (No) / No	هل قمت سابقا بإجراء مكياج دائم للوجه؟ نعم / لا

Hiba Ali Jameel

I 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 , patients commitment to precautions before and after sessions and the variation of individual responses to treatment. and I consent that I know all the 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
Hiba Ali Jameel

Date
6 / 11 / 2019

أنا أتأذن الطبيب/ الشارقة لإزالة الشعر غير المرغوب به في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز ليزر الليزر. تفهم أن أشعة الليزر تنتج طيفا من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتمصاصها في الأصباغ الموجودة في بصيلة الشعر لتعطّل قدرتها على انماء الشعر. تفهم ان نتائج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي ونوع البشرة ونوع شعر و التزام المريض بتعليمات المعالج قبل و بعد الجلسات و اختلاف استجابة الأشخاص لاج. و إنني على علم كامل بكافة الطرق البديلة لإزالة الشعر كالمكياج و التفتف و الكريمات و إزالة شعر بالشع و الكي و إنني اخترت إزالة الشعر بالليزر. بأنني قد تلتفت التعليمات التالية:

- يسمح بالتسمير أو استخدام مستحضرات التسمير لمدة 4-6 أسابيع قبل و بعد العلاج.
- جب تفادي إزالة الشعر بالشع أو التفتف قبل العلاج ب 6 أسابيع على الأقل.
- لوشع و التاتو و المكياج الدائم في منطقة العلاج قد تتأثر بالعلاج بالليزر.
- جب إعطاء التاريخ الطبي كاملا و يشمل ذلك العلاجات و الحساسية و نوع البشرة لإشخاص الذين تناولوا عقار الأكيوتان خلال الست أشهر الماضية أو أي عقاقير تمنعهم من تعرض الشمس لفترة طويلة لا يمكنهم إزالة الشعر بالليزر.
- هم أنه برغم التغيير الذي قد ألاحظه من الجلسة الأولى فإن العلاج يحتاج إلى عدة جلسات وصول على النتيجة المطلوبة.

مراض الجانبية
تتضمن الأعراض الجانبية احمرار البشرة بما يشبه الحروق. و من الممكن حدوث بعض التورم و تققحات. و هذه الأعراض ستلاشي خلال بض ساعات الى عدة أيام بعد العلاج. نقص زيادة التصبغات ليست بالأمر الشائع و لا تدوم في حال حدوثها. و ينصح بعدم التعرض لأشعة الشمس و استخدام المستحضرات الواقية من الشمس.

أنه قد أتيت لي الفرصة للاستفسار و توجيه الاستشارة الى المعالج المختص و أنني قد قرأت و ت محتويات هذا الأقرار أو قد تمت قراءته لي. و إنني تجاوزت الثامنة عشر من عمري و حصلت ب موافقة ولي أمري في حال عدم بلوعي السن القانوني.

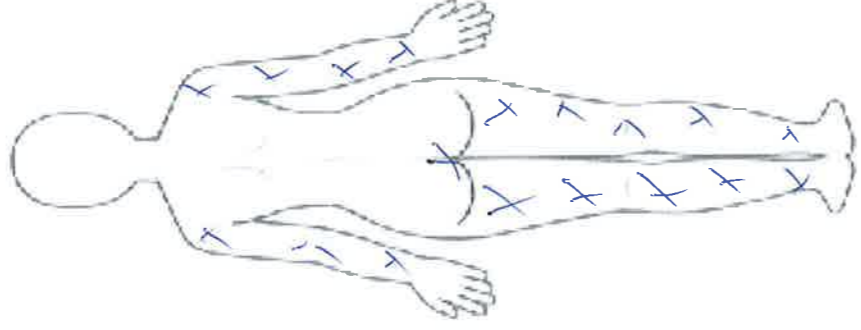
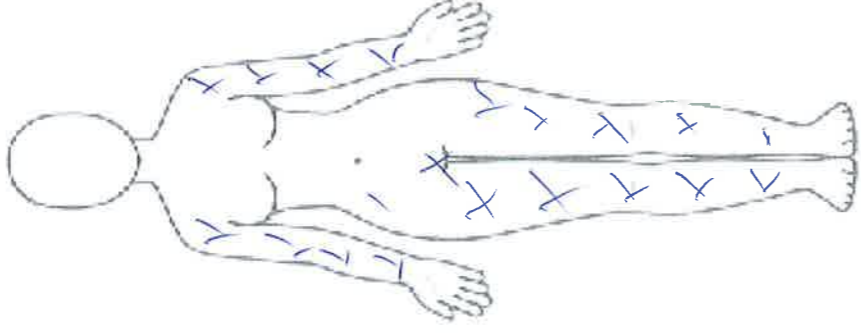
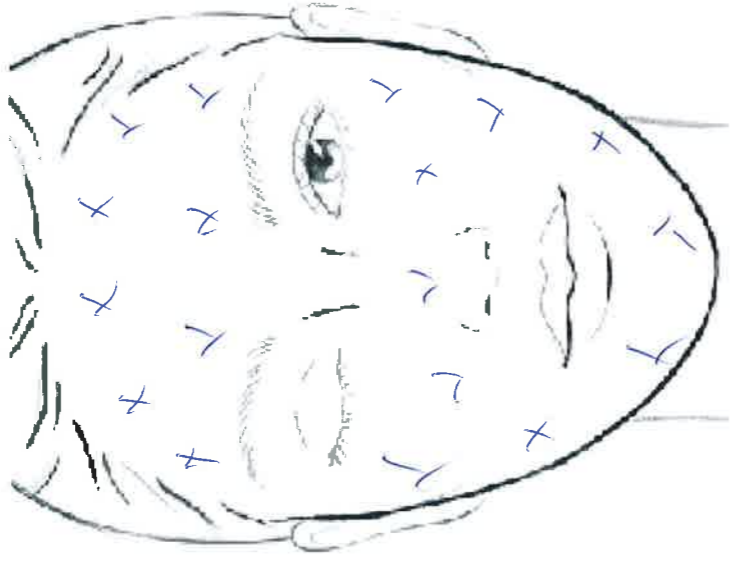
سم و التوقيع

رطب
..... /

Patient's Name: Hiba Ali Jansel اسم المريض

File Number: رقم الملف Evaluation and consent form completed? Yes / No

Pain Relief given? Yes / No 1003271 Pretreatment photography taken? Yes / No



	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	8/11/19	13/12/19	14/1/19	13/02/20	12/03/20	16/05/20
Treatment Area	Full body	Same	Face body	Same	Same	Same
Hair Type	MILD	Med/Soft	Soft	Soft/Med	Soft/Med	Soft/Med
Mode	DPI FDP	7Hz DP1/FDP	Alex 20	Alex 20	Alex	Alex
Fluence	22J/SH	26J/SHORT	8/10.5ms	8J/10ms-hands	8J/10ms-hands	8J/10.5
Pulse Type	2 Pass	7/6 - SHORT	Bikin 14/18ms	hops-8J/2.5ms	hops-8J/2.5ms	Bikin-20A bi
CNT Pulse	530pm	6pm	6pm	Bikin-15/16ms	Bikin-16/15	15J/17ms
Starting Time	7pm	7:30pm	6pm	6pm	6pm	6pm
Finish Time						
Post Treatment						

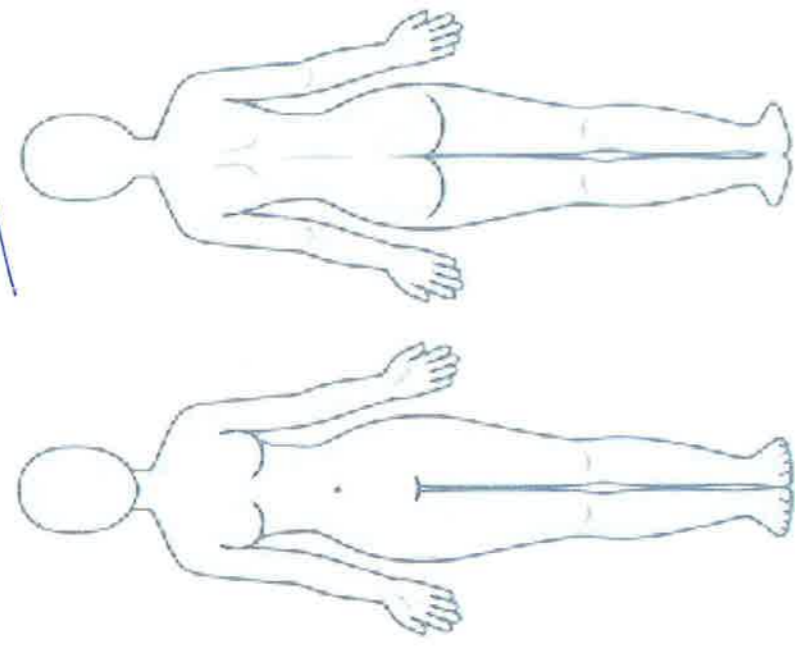
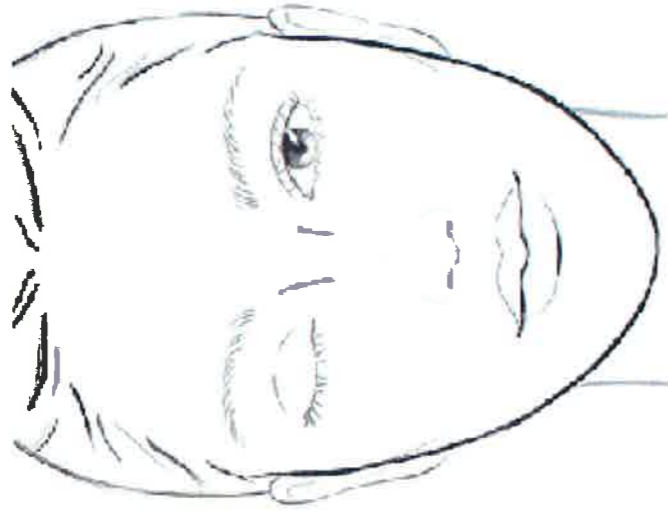
[Signature]

[Signature]

Therapist Name and Signature

اسم المريض: Hiba Ali
 رقم الملف: 1003271
 تقييم و تم الانتهاء من نموذج الموافقة؟ Yes / No
 صور التصوير قبل العلاج: Yes / No

VIKINI pkg



7/6 8/11

	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	13/6/20	18/7/20				
Treatment Area	full body	full body				
Hair Type	DPI/FDP	DPI/FDP				
Mode	26J/SHORT	28/SH 7/7				
Fluence	7/6	4.45pm				
Pulse Type	3pm	5.15pm				
CNT Pulse	4:30pm	HIRUDOID				
Passes						
Starting Time						
Finish Time						
Post Treatment						

[Handwritten signature]

Therapist Name and Signature

REDAD DATA

cAEAI0EBAA830DQxO*

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

Name	Hiba Ali Jameel, Al Shams	IDN:	784199642047148	Mother Name:	
Name (Ar)	هبة علي جميل, الشامس	Card Number:	084689342	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	IRQ	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	العراق		
Issue Date:	01/08/2017	Sex:	F	Sponsor Type:	03
Expiry Date:	29/07/2020	Date of Birth:	22/09/1996	Sponsor Name:	
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	16191543
Residency Type:	03	Residency Number:	20120083128072	Residency Expiry:	29/07/2020
ID Type:	IL	Occupation:	11	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

11/8/2019



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 3,200.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-005899

Date: 08-11-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1003271 - HIBA al shams - 971562778520

The sum of Dhs. **Three Thousand Two Hundred Only**

By Cash **0.00** / By Credit Card **3,200.00 (Bank Charges: 0.00)** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank:

Cheque No.

Date:

Being **advance 1 year bakej full body + 2 carbon + 2 facial + vat balance 2575**

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

1 Year Laser Hair Removal Treatment agreement

Patient Name: Hiba Ali File No: 1003271

Agreed Machine: Deka Air Cooling Vikini Diode Laser with Gel

Package Price: AED
with 10% discount

Date: 8 / 11 / 2019

I am Hiba Ali agreed to purchase a one year laser hair removal treatment package as per the below terms:

- Package includes up to 12 Sessions one monthly for one year.
- Package sessions are valid for appointments within one year only from the first session date only (any appointment after that is not considered in the package and will be paid separately)
- Any Booked and Non attended appointment for session it will be considered as done and will not be redeemable.
- Any Paid Amount is non-refundable under any reason or term.
- In Case of changing appointment booking shall inform orchid medical center before at least 48 hours from appointment date.

Name: Hiba Ali

Signature: 

إقرار للعلاج باستخدام جهاز Q-Switch Laser

جهاز Q-switch Laser أقر أنا هبة علي حجيل بتفويض طبيب الاختصاص أو أحد معاونيه لإجراء العلاج باستخدام

ليزر ال التقشير الكريوني باستخدام لوشن الكريوني يتمتع التقشير بالليزر هو أحد الإستراتيجيات لإعادة نمارة 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)، الندوب التي تتبع الحبوب، توسع مسامات الجلد. إزالة أو تخفيف الشعر الناعم بشكل مؤقت. بشكل عام ينصح ب3-5 جلسات معصمهم فترة زمنية من 2-4 اسابيع وجلسات مراجعة كل 3-6 اشهر.

■ التقشير الناعم وإزالة التصبغات بالليزر يقوم الجهاز بالتقشير بدون استخدام لوشن الكريون، بينما التقشير الناعم هو إزالة التصبغات بالليزر بصفة لوشن الكريون مما يستهدف الأصباغ الأكثر عمقا الشائعة في الكاف و زيادة التصبغات بعد الإنهاء. ينصح ب6-12 جلسة بينهم 3-6 اشهر خصوصا في حالة الكاف.

. إزالة الوشم بالليزر.

. الأورام الصبغية.

. تقشير الشعر.

. إزالة فطريات الإصافر(الوضع A)

. بير إزالة الكاف (الوضع M)

مضادات الإستعمال للعلاج يتضمن:

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

. الحمل والرضاعة.

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

. مشاكل في الجهاز المناعي.

. الإصابة بالإنز و التهاب الكبد الوبائي.

. ضعف الشفاء(كون الندوب الجلدية)

. التهاب.

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

تقدم الشرح لي عن الحاجة الى إنهاء خطة العلاج، و انا أقهم 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 والغاية باليسرة التي شرحت لي بالكامل.

أقهم ان كما هناك منافع لإجراء المطلوب، أقهم ان الإجراء قد ينطوي على مخاطر واحتمال تاخر في فترة الشفاء/ الانتام، ماعدا التقشير الناعم الذي لا يحتاج الي فترة شفاء.

أقهم ان المضاعفات نادرة الحدوث لكنها ممكنة وتتضمن التالي : احمرار مؤقت، تأثيرات مشابهة لتأثيرات حروق الشمس التي تستمر من عدة ساعات الي عدة أيام 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، الم، كمسات، التهاب، ندوب او انتفاخ.

اشعة الليزر قد تسبب ضررا للعين ويجب ارتداء النظارات الواقية اثناء العلاج، وعلي ايضا ابقاء عيادي مغلقان اثناء العلاج. أقر ان المخدر الموضعي مطلوب مما قد يسبب برودة فم ومصاعفات التخدير.

تقدم شرح العلاج بكامل فوائده ومصاعفاته المحتملة، وقد تمت الاجابة على جميع اسئلتني وقد وقعت على هذا الاقرار بكامل ارادتي.

التوقيع: 

التاريخ: 22/11/19

هبة علي حجيل

اسم المريض/لوني امر المريض:



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 2,575.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-006080

Date: 22-11-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1003271 - HIBA al shams - 971562778520**

The sum of Dhs. **Two Thousand Five Hundred Seventy Five Only**

By Cash **0.00** / By Credit Card **2,575.00 (Bank Charges: 0.00)** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: _____ Cheque No. _____ Date: _____

Being **ADVANCE FOR 12 SESSIONS FULL BODY + 2 CARBON + 2 FACIAL + 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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 157.50

RECEIPT VOUCHER (No.REC-006087)

Date:22-11-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1003271 - HIBA al shams - 971562778520

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: 22-11-2019

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 : 1003271 - HIBA al shams - 971562778520

**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-006623)

Date: 20-12-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1003271 - HIBA al shams - 971562778520**

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: 20-12-2019

Being **1 session facial + 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 : **1003271 - HIBA al shams - 971562778520**

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