



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

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

File No:

Date: / /

Date: 17.11.2019

File Number: 1003329

Patient Name: Hamam

إسم المريض: حمّام

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 15/8/2002 Gender (الجنس): M x F

Marital Status (الحالة الاجتماعية):

Nationality (الجنسية): عمانية

Phone No. (رقم الهاتف): 0565747393

Address (العنوان): عمان

How did you know about us:

E-MAIL:

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 حديثة؟	✓	
Cortisteroids/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 (فقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)	✓	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، 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 السكرى أو أمراض الغدة الدرقية؟	✓	
Other conditions هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ HSV, HIV...etc فيروس الإيدز، فيروس الحلا البسيط 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 وأسمح 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 نذكر 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 العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجريبية المقدمة لي، كما تفهم الأخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتفهم تماماً كافة الأخطار و المضاعفات التي قد تكون محتملة للفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية.
- و ادرك ان 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 ان تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.
- أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمته لدي فتحي الملف الصحية و اتفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً 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 (من هم دون السن القانونية):

التاريخ: 17/11/2019

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

Weight (الوزن):	Kg	Height (الطول):	cm	Blood Type (نوعية 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 ، اذخال للمستشفى

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (تعاطي الكحول): Y / N

Drugs (تعاطي 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

.....



precisely Kindly Answer the following questions

How do you better describe your skin Type	ما هو الوصف الأنسب لنوع بشرتك؟
<input 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 checked="" type="checkbox"/> نادرة الاحترق , دائمة 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 الأكيوتان/ الإيسوتريتينين خلال الست أشهر الماضية؟ نعم / لا
Have you used Retin A,Glycolic acid or Hydroquenon on Site?Yes / No	هل استخدمت ريتين أي أو منتجات حمض الجاليكوليك 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 بالشمع في منطقة العلاج خلال ال 6 أسابيع الماضية؟ نعم / لا
Did you get exposed to sun or got tanned lately?	هل كانت اخر مرة تعرضت فيها لأشعة الشمس لمدة طويلة أو قمت بجلسة تسمير؟
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 أي وشم / تاتو في منطقة العلاج؟ نعم / لا
What products you are using for your skin recently?.....	هل تم تشخيصك سابقا بأي اختلالات أو مشاكل هرمونية؟ نعم / لا
Have you Done Any Laser Hair Removal Before? Yes / No	هل أجريت أي عملية إزالة 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 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 tr *ernative hair removal methods and I choose removing my unwanted hair, oy 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

12/11/2019

رئخ

.....

أنا أوافق على إجراء عملية إزالة الشعر غير المرغوب به في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز ليزر الليزر.

أفهم أن أشعة الليزر تنتج طيفا من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتمصاصها في الأصباغ الموجودة في بصيلة الشعر فتعمل قدرتها على ائماء الشعر.

أفهم ان نتائج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي ونوع البشرة ونوع لاج. و إني على علم كامل بكافة الطرق البديلة لإزالة الشعر كالحلق والتف والكريمات وإزالة شعر بالشمع والكلي وإني اختارت إزالة الشعر بالليزر.

بإني قد تلقيت التعليمات التالية:

: يسمح بالتسمير أو استخدام مستحضرات التسمير لمدة 4-6 أسابيع قبل وبعد العلاج.

جب تقادي إزالة الشعر بالشمع أو التفتف قبل العلاج ب 6 أسابيع على الأقل.

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

جب اعطاء التاريخ الطبي كاملا ويشمل ذلك العلاجات والحساسيات ونوع البشرة

لأشخاص الذين تناولوا عقار الأكيوتان خلال الست أشهر الماضية أو أي عقاقير تمنعهم من

لتعرض للشمس لفترة طويلة لا يمكنهم إزالة الشعر بالليزر.

هم أنه برغم التغيير الذي قد ألاحظه من الجلسة الأولى فإن العلاج يحتاج إلى عدة جلسات

صول على النتيجة المطلوبة.

براض الجانبية

تتضمن الاعراض الجانبية احمرار البشرة بما يشبه الحروق. ومن الممكن حدوث بعض التورم و

تققات. وهذه الاعراض الجانبية ستلاشى خلال بضع ساعات الي عدة ايام بعد العلاج. نقص

زيادة التصبغات ليست بالأمر الشائع ولا تدوم في حال حدوثها. وينصح بعدم التعرض لأشعة

شمس واستخدام المستحضرات الواقية من الشمس.

أنة قد أتاحت لي الفرصة لاستفسار وتوجيه الأسئلة الى المعالج المختص وأني قد قرأت و

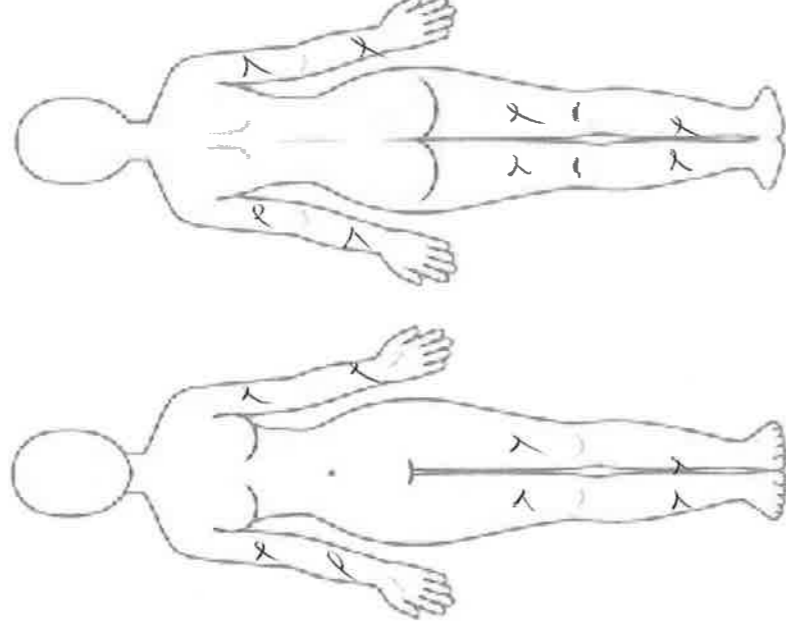
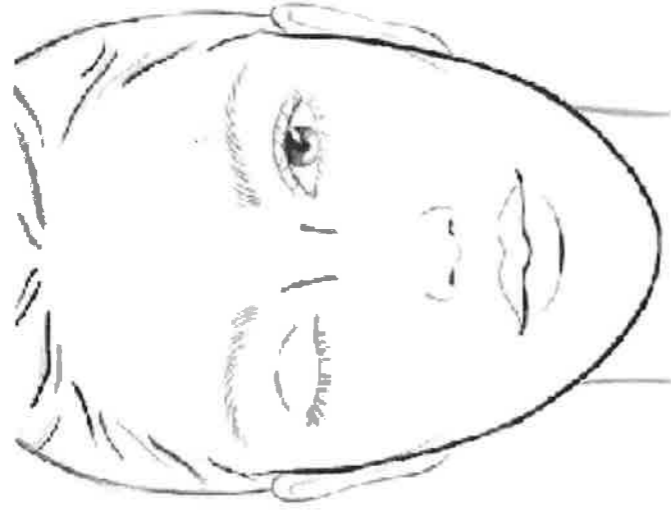
تحت محتويات هذا الإقرار أو قد تمت قراءته لي. وأني تجاوزت الثامنة عشر من عمري أو حصلت

ب موافقة ولي أمري في حال عدم بلوغني السن القانوني.

.....

.....

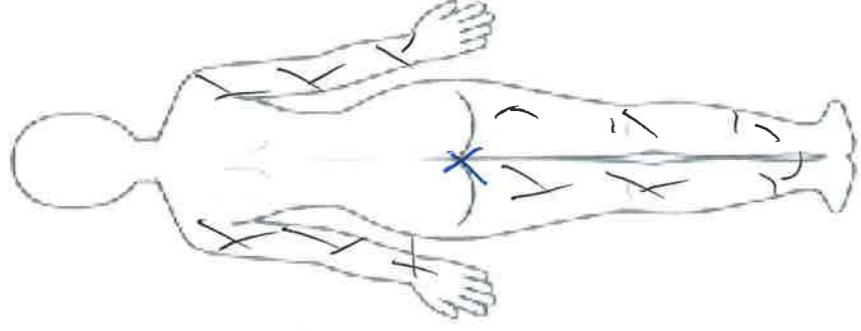
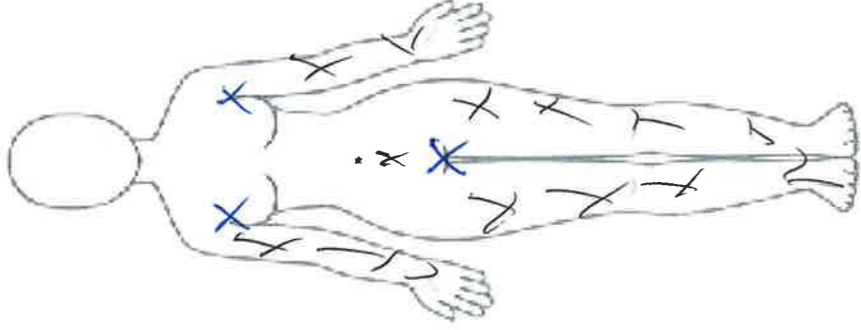
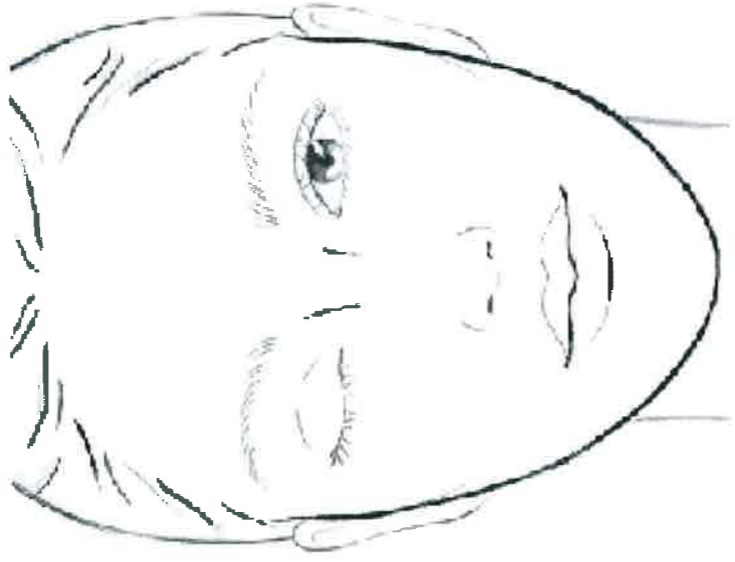
Patient's Name: :اسم المريضة
 File Number: رقم الملف
 Pain Relief given? Yes / No
 Evaluation and consent form completed? Yes / No
 Pretreatment photography taken? Yes / No



	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	23-07-20					
Treatment Area	Face, Arms					
Hair Type	Average					
Mode						
Fluence						
Pulse Type						
CNT Pulse	1 pass					
Passes						
Starting Time	5:00					
Finish Time	5:40					
Post Treatment	None					

Therapist Name and Signature

Patient's Name: Henna :اسم المريض
 File Number: :رقم الملف
 Pain Relief given? Yes / No :تخفيف الألم
 Evaluation and consent form completed? Yes / No :تقييم و الموافقة
 Pretreatment photography taken? Yes / No :تصوير ما قبل العلاج



lower area Henna
 Head & Neck -

	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	17/11/19	22/12/19	17/2/20	17/3/20	4/06/20	2/7/20
Treatment Area	UA+Bikin	U.A+Bikin	UA /BIKINI	UA, BIKINI	Same	full body
Hair Type	CoarseDark	Coarse	DICOURSE	U.AEG, u-ARM 8J/12	U.A. hands	Soft 1D
Fluence	U.A - Alex	U.A - Alex	YAG 20	Alex 20	Legs - Alex	Alex 20
Pulse Type	8J/14ms	8J/13ms	12/22ms	8/10-12ms	8J/10ms	9/10ms
CNT Pulse	Bikin-YAG	Bikin-YAG	UA - 8/15ms	ND YAG	Bikin-YAG	Bikin
Passes	15J/20ms	14J/20ms	Alex	1 pass	15J/20ms	15/8ms
Starting Time	change to Alex	YAG No shots	HIRODROID	Hmedoid	still thick	1 Pass
Finish Time					better by bikini	
Post Treatment	PH has skin irritation Looks Peeled skin richness Low					

Therapist Name and Signature: [Signature]

REDAD DATA

cAEAlOEBA83ODQyMI

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	Hanan, Mohamad,,, Muhisen	IDN:	784200219252481	Mother Name:	
Name (Ar)	حنان محمد,,, محسن	Card Number:	089282507	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	SYR	Family ID:	
Title (Ar):		Nationality (Ar):	الجمهورية العربية السورية		
Issue Date:	29/05/2018	Sex:	F	Sponsor Type:	03
Expiry Date:	27/05/2020	Date of Birth:	15/08/2002	Sponsor Name:	محمد فيصل محسن
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	91539367
Residency Type:	03	Residency Number:	40120163003520	Residency Expiry:	27/05/2020
ID Type:	IL	Occupation:	11	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

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

11/17/2019



مركز أوركييد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,365.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-006008)

Date:17-11-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1003329 - HANAN MOHSEN - 971505014241

The sum of Dhs. One Thousand Three Hundred Sixty-Five Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 1,365.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 17-11-2019

Being 3 sessions axilla and 6 sessions bikini + 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 :1003329 - HANAN MOHSEN - 971505014241

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-008209)

Date:19-03-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1003329 - HANAN MOHSEN - 971505014241**

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: Cheque No.

Date: 19-03-2020

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 : **1003329 - HANAN MOHSEN - 971505014241**

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-009198)

Date:04-06-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1003329 - HANAN MOHSEN - 971562597744

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: 04-06-2020

Being carbon laser + 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 : 1003329 - HANAN MOHSEN - 971562597744

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 صالح محمد بتفويض طبيب الاختصاص أو أحد معاونيه لإجراء العلاج

هو أحد الإستعدادات لإعادة التقشير الكروني باستخدام لوشن الكريون بترتبه التقشير بالليزر • جهاز ليزر الـ Q-Switch باستخدام

خطوط الوجه والشفة الصبغي (البقع الحمراء والبيضاء غير المرغوب بها والمرتبطة بالتقدم , علاج التجاعيد بضارة 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 التقشير الناعم بشكل مؤقت, بشكل عام ينصح بـ 3-5 جلسات معصمهم فترة زمنية من 2-4 اسابيع وجلسات , الحبوب, توسع مسامات الجلد ,مراجعة كل 3-6 اشهر

يؤتم الجهار بالتقشير بدون استخدام لوشن الكريون, بينما التقشير الناعم هو إزالة التصبغات بالليزر بإضافة التقشير الناعم وإزالة التصبغات بالليزر • لوشن الكريون مما يستهدف الأصبغ الأكثر عمقا الشائعة في الكلف وزيادة التصبغات بعد الإتهاب, ينصح بـ 6-12 جلسة بينهم 3-6 اشهر خصوصا في حالة الكلف

. إزالة الوشم بالليزر .

. الأورام الصبغية .

. تقشير الشعر .

الإضافي(الوضع فطريات إزالة A).

ببر إزالة الكلف (الوضع M).

:مضادات الإستعمال للعلاج يتضمن

تناول عقار الأيسوترتينوين (الأكروتان) خلال الـ 6 اشهر الماضية .

. الحمل والرضاعة .

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

. مشاكل في الجهاز المناعي .

. الإصابة بالإنز و التهاب الكبد الوبائي .

. ضعف الشفاء(تكون الندوب الجلدية .

. البهاق .

درجة التحسن بعد أتهم تماما ان النتائج المثالية تتحقق من العلاجات وان النتيجة المرجوة أن تتحقق بعد الجلسة الأولى, ولا يتضمن الطبيب رضاي عن عدة جلسات

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

أتهمم ان كما هناك منافع للإجراء المطلوب, أتهم ان الاجراء قد ينطوي على مخاطر واحتمال تاخر في فترة الشفاء/ الإلتقام, ماعدا التقشير الناعم الذي



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 570.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-009192

Date: 04-06-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1003329 - HANAN MOHSEN - 971562597744

The sum of Dhs. Five Hundred Seventy Only

By Cash 570.00 / 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 arms + full legs balance 2000

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@omcl.ae
www.omcl.ae



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 472.50

RECEIPT VOUCHER

No: REC-008210

Date: 19-03-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1003329 - HANAN MOHSEN - 971505014241**The sum of Dhs. **Four Hundred Seventy Two and Five Fils Only**By Cash **472.50** / 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 3 SESSIONS 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

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



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 250.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-008211

Date: 19-03-2020

Receive from Mr./Mrs./M/s. **1003637 - yesra 000 - 971503635356**

The sum of Dhs. **Two Hundred Fifty Only**

By Cash **0.00** / By Credit Card **250.00 (Bank Charges: 0.00)** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

ank:

Cheque No.

Date:

Being **ADVANCE FOR 1 RCT BALANCE 250**

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