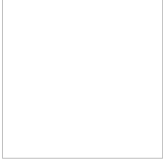




الموافقة على الحقن بالботوكسحقن البوتولينوم (Botox)

784-1996-9294842-7	:	هويه الإمارات	sandhya rani	:	اسم المريض
Other	:	جنسية	2023-10-09	:	رقم الملف
2023-12-26	:	تاريخ	Shilpa Sandhya	:	جنس
		اسم الطبيب	Female	:	

قم بالتوقيع هنا فقط إذا تمت الموافقة على جميع الأسئلة		
طبيب	شاهد	مريض
		
Shilpa Sandhya - Dermatology (FDY56YGDFG) تاريخ 2023-12-26	اسم الشاهد vvv تاريخ 2023-12-26	اسم المريض sandhya rani تاريخ 2023-12-26