



مدينة سلطان بن عبد العزيز للخدمات الإنسانية
SULTAN BIN ABDULAZIZ HUMANITARIAN CITY



**5th International Meeting Saudi Orthopaedic Association (SOA) with the
International Federation of Pediatric Orthopedics of Surgeons (IFPOS)
14-17 January 2012 (20-23 Safar 1433)
Prince Sultan Humanitarian City, Riyadh, Saudi Arabia**

REGISTRATION FORM

- Please write your name **very clearly** for your certificate

Gender: Male Female

First Name:

| | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Middle Name:

| | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Last Name:

| | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Institution: _____

Specialty: _____ Position: _____

Mobile No.: _____ E-mail Address: _____

SOA No.: _____

Saudi Council (SCFHS) ID #: _____ **IT IS VERY IMPORTANT TO WRITE YOUR SCFHS ID**

Registration Fees:

600 SR

50% Discount for SOA members