

## RISK MANAGEMENT IN MENOPAUSA



**Approccio  
multidisciplinare  
tra evidenze  
scientifiche e  
nuove opportunità  
diagnostiche e  
terapeutiche**

Direttore Scientifico:  
**Prof. Kambiz Tavassoli**

**15 Aprile 2023**

Complesso Clinica Della Memoria  
San Giovanni Paolo II,  
via Terracini 4,  
Collegno (TO)



## Scheda d'Iscrizione

da compilare in stampatello leggibile in ogni sua parte ed inviare entro il 3 Aprile 2023\* via e-mail a:

**SWING' APOLOGY S.a.s, Segreteria Organizzativa e Provider ECM -  
Sig.ra Antonella Perasole**

Via Immacolata, 25 - 80055 Portici (NA) Tel. 081.480693 - Cell. 3272923106

E-mail: **antonella.perasole@swingapology.com**

### DATI PER L'ISCRIZIONE

Nome \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_

Località \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ Mobile \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

### Dati indispensabili per ottenere gli E.C.M

Data di nascita \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_

Cod. Fiscale \_\_\_\_\_

Professione \_\_\_\_\_

Disciplina \_\_\_\_\_

### Nota: GDPR (General Data Protection Regulation) EU 2016/679

Ai sensi della normativa vigente sulla tutela dei dati personali acconsento a che i dati da me forniti siano immessi nel database della segreteria congressuale ed utilizzati solo per ricevere informazioni e comunicazioni inerenti alle attività promosse dalla suddetta società

Barrare la casella solo se **non** si desidera **dare** il consenso

### Quota d'iscrizione (Iva inclusa) € 97,60

### Modalità di pagamento

Ho versato la somma di € ..... tramite BONIFICO a favore di **Swing'Apology S.a.s.**

presso Deutsche Bank—filiale di Portici (NA) IBAN: **IT56K031044009000000820861**

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

\*oltre tale data sarà applicato un aumento del 10%