**DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE**

**COMPOSITION DU JURY**

*Formulaire de soutenance à retourner au secrétariat des thèses* ***6 semaines*** *avant la date de soutenance avec 1 exemplaire provisoire de la thèse et la demande d’autorisation de soutenance*

Nom : Prénom :

Nom marital : Date / lieu de naissance :

Téléphone : Courriel :

**Titre de la thèse** (en majuscules) :

**Directeur de thèse :**

**Soutenance :**

Date : Heure : Salle :

Réservation des toges :  Oui /  Non

**Composition du Jury :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Nom / Prénom | Titre / Fonction | Signature |
| Président : |  |  |  |
| Assesseurs : |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Membres extérieurs : |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Informations sur les membres extérieurs à compléter en page 2**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lille, le  Signature du candidat : | Accord en vue de la soutenance  Lille, le  Le Directeur de thèse : | Accord en vue de la soutenance  Lille, le  Le Président de Jury : |

**Informations à compléter obligatoirement pour chaque membre extérieur**

|  |
| --- |
| M.  Courriel Perso : |
| Courriel Perso : |
| M.  Courriel Perso : |
| M.  Courriel Perso : |
| M.  Courriel Perso : |
| M.  Courriel Perso : |