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

**DES DE**

**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 :

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 : |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**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 : | Lille, le  Signature du coordonnateur | Lille, le  Signature du Président de  Jury : |

**Pour accord,**

**Le Vice-Doyen UFR3S, Directeur Département pharmacie, Le Doyen UFR3S,**

Le Professeur Pascal ODOULe Professeur Dominique LACROIX

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

|  |
| --- |
| M.  Université / Faculté de rattachement (Si PU ou MCU) :  Courriel Perso : |
| M.  Université / Faculté de rattachement (Si PU ou MCU) :  Courriel Perso : |
| M.  Université / Faculté de rattachement (Si PU ou MCU) :  Courriel Perso : |
| M.  Université / Faculté de rattachement (Si PU ou MCU) :  Courriel Perso : |
| M.  Université / Faculté de rattachement (Si PU ou MCU) :  Courriel Perso : |
| M.  Université / Faculté de rattachement (Si PU ou MCU) :  Courriel Perso : |