**DES DE PHARMACIE HOSPITALIÈRE**

**Dépôt de sujet du mémoire de DES**

*Ces renseignements* ***saisis par ordinateur*** *sont à remettre par mail à* ***pharma-scol-des@univ-lille.fr***

Nom : Prénom : Promotion :

**Domaine de Consolidation**

🞏 Pharmacie clinique 🞏 Technologies pharmaceutiques 🞏 DM 🞏 AQ 🞏 Autre :

**Titre prévu du mémoire de DES**

**Résumé du mémoire de DES**

**Désignation du directeur de thèse**

Nom : Prénom :

Fonction (si extérieur à la Faculté) :

Signature de l’étudiant : du Directeur de thèse :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Avis et signature du Responsable du domaine | Avis et signature du Coordonnateur | Avis et signature du Vice-Doyen |
| [ ]  Avis favorable [ ]  Avis défavorableDate : Nom et Signature | [ ]  Avis favorable [ ]  Avis défavorableDate : Le Coordonnateur Héloïse HENRY | [ ]  Avis favorable [ ]  Avis défavorableDate :  Le Vice-Doyen Pascal ODOU |