**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 Doyen |
| Avis favorable  Avis défavorable  Date :  Nom et Signature | Avis favorable  Avis défavorable  Date :  Le Coordonnateur  P. ODOU | Avis favorable  Avis défavorable  Date :  Le Premier Assesseur  Anne GARAT |