



AUTORISATION DE SOUTENANCE DE THESE D'EXERCICE en vue de l'obtention du DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

NOM et prénom

Date et lieu de naissance

Tel :

Mail :

TITRE DE LA THESE

.....

Date.....heureLieu de soutenance (Salle)

COMPOSITION DU JURY (1)

NOM et Prénom (en entier)

Titre

Président

Mme M.....

Directeur de thèse

Mme M.....

Assesseurs

Mme M.....

.....

.....

Le Président de thèse atteste qu'aucun plagiat n'a été détecté sur cette thèse.

Signatures

Président du Jury,

Directeur de thèse

Pour le Président de L'Université Montpellier et par délégation, Le Directeur de l'UFR de sciences pharmaceutiques et biologiques de Montpellier

Vincent LISOWSKI

(1) Le Jury comprend au moins 3 membres :

- Président : un enseignant habilité à diriger des recherches exerçant dans l'U.F.R. des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques
- deux autres membres dont un obligatoirement choisi parmi les personnes extérieures à l'U.F.R
- deux membres du jury doivent être Docteur en Pharmacie

A COMPLETER IMPERATIVEMENT

6e Année Validée [] Oui Année d'obtention..... [] En cours de validation

Filière : Année d'obtention du stage de 6eme année.....

BAC :Année d'obtention.....

N° Etudiant: