**ATTESTATION DE SOUTENANCE**

**MEMOIRE du DES de** ..................................................................................................................................................

(Tenant lieu de thèse pour l’obtention du Diplôme d’Etat de Docteur en Pharmacie)

Soutenu par **M**................................................................................................................................................................

**TITRE DU MEMOIRE**

.......................................................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................................................

**Date de soutenance** : .................................................................

**JURY** SIGNATURES

**M** ................................................................................**Président**

**M** ...............................................................................

**M** ...............................................................................

**M** ...............................................................................

MENTION\* : TRES BIEN BIEN SANS MENTION

ASSEZ-BIEN PASSABLE

(\*entourer la mention utile)

**A remettre au Service SCOLARITE - Mme Céline CENARBIEUX**