**ATTESTATION DE SOUTENANCE**

**THÈSE D’EXERCICE dans le cadre du DES de Pharmacie Hospitalière**

*Arrêté du 4 octobre 2019*

**En vue de l’obtention du Diplôme d’Etat de Docteur en Pharmacie**

Soutenue par **M**................................................................................................................................................................

**TITRE de LA THESE**

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

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

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

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

**Soutenance en visio-conférence : □**

**JURY** SIGNATURES

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Composition Jury** | **Qualité** | **NOM et PRENOM** | **Signatures** |
| **Président du Jury** |  |  |  |
| **Membre 2** |  |  |  |
| **Membre 3** |  |  |  |
| **Membre 4** |  |  |  |

MENTION\* : TRES BIEN BIEN SANS MENTION

ASSEZ-BIEN PASSABLE

(\*entourer la mention utile)

**A remettre au Service SCOLARITE - Mme Snejana DJORDJEVIC**