**AVIS DE SOUTENANCE DE MEMOIRE DE DIPLOME D’ETUDES SPECIALISEES TENANT LIEU DE THESE D’EXERCICE EN VUE DU DIPLOME D’ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE**

**ANNEXE 3**

Madame / Monsieur\* ... (**Prénom**) … … (**NOM**) …

soutiendra sa thèse d’exercice à l’UFR de Sciences Pharmaceutiques *“Philippe Maupas”*, Salle des Actes,

**Le…………….2015 à ……h…….**

Sur le sujet suivant :

**Président** : (obligatoire Professeur des Universités de l’UFR de Pharmacie de Tours)

**Membres** :

* **Pour les DES en Biologie Médicale** *(décret n°2003-76 du 23 janvier 2003)*, le jury doit être composé de 4 membres minimum dont :
  + **Un Professeur des Universités (praticien hospitalier ou non) de pharmacie**
  + **Un Professeur des Universités (praticien hospitalier ou non) de médecine**
* **Pour les DES de Pharmacie Hospitalière et IPR** *(décret n° 2012-172 du 3 février 2012)*, le Jury est composé d’au moins quatre membres dont :
  + **deux enseignants titulaires du groupe des disciplines pharmaceutiques du Conseil national des universités pour les disciplines médicales, odontologiques et pharmaceutiques appartenant à des unités de formation et de recherche de pharmacie différentes,**
  + **deux membres n'exerçant pas leurs fonctions dans une unité de formation et de recherche de pharmacie, dont au moins un praticien hospitalier pharmacien ou un pharmacien résident.**

\* rayer la mention inutile