**AVIS DE SOUTENANCE**

**DE LA 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 des Sciences Pharmaceutiques *“Philippe Maupas”*, Salle des Actes,

**Le**…………………….**2018 à**………..**h**……….

Sur le sujet suivant :

**Président** :

**Membres** :

