

Ce formulaire peut être rempli et enregistré avec votre lecteur PDF

Nom	
Prénom	
Date de naissance	
Sexe	<input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Homme
Adresse (3 lignes max.)	
E-mail	
Téléphone	

Université	
Date d'obtention du doctorat	
Intitulé de la thèse soutenue (3 lignes max.)	
Nom du directeur de thèse	
Téléphone du directeur de thèse	
E-mail du directeur de thèse	
Nom de l'unité de recherche ou du service hospitalier	
Nom du directeur de l'unité de recherche ou du chef de service	

**\* Travaux de recherches expérimentales ou cliniques ayant pour but d'améliorer les connaissances sur l'étiologie, le diagnostic ou le traitement des inflammations oculaires.**

Date

Signature



*Pièces à fournir :*

- Un CV
- Le résumé de la thèse
- Une copie de l'article le plus représentatif issu de la thèse, paru ou soumis pour publication, ou à défaut une version électronique de la thèse
- Une lettre de soutien du Directeur de Thèse

Documents à envoyer avant le 17 mars 2019 par e-mail (PDF) à

[\*\*webmestre@inflammoeil.org\*\*](mailto:webmestre@inflammoeil.org)