* Informations générales

Nom : ……………………………………………………..…………………......

Prénom : …………………………………………………..…………………….

Date de naissance :………………………………………..………………….…

Adresse personnelle : ….………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………..

CP : ………………….. Ville : ………………………………………………….

Fonction : …………………………………………….………………………….

Adresse professionnelle : ….……………………………………………………

…………………………………………………………………………………..

CP : ………………….. Ville : …………………………………………………..

Tél. fixe : …………………………………….

Tél. portable : ……………………………….

e-mail. perso : ………………………………………@………………...………

* Thèse d'exercice

Intitulé :……………………………………………..………………..………..…

…………………………………………………………………………………..

Date de soutenance : ……………………………………………..…………….

Direction : .………………………………………………………………………

Lieu : …………………………………………………………….……………....

* Publication que vous choisissez de présenter

Titre du travail publié :………………………………………………………..…

………………………………………………………………………………..…

Nom de la revue : …………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………..………

…………………………………………………………………………..………

Date de publication prévue (si acceptée) ou effective : ………………………

Date : …………………………………

Signature :

L’ensemble de ce dossier est **à transmettre à** :

Dr Michel MONTAUDON

Radiologue - service d'imagerie médicale - radiologie diagnostique et thérapeutique, hôpital cardiologique Haut-Lévêque, CHU de Bordeaux

[michel.montaudon@chu-bordeaux.fr](mailto:michel.montaudon@chu-bordeaux.fr)

Contact fondation Bordeaux Université :

Céline SELLERON

05 40 00 67 90

[celine.selleron@univ-bordeaux.fr](mailto:celine.selleron@univ-bordeaux.fr)