|  |
| --- |
| **SFGM-TC****Formulaire de parrainage**  |

|  |  |
| --- | --- |
| Nom : | Prénom : |
| Centre : | Service : |
| Fonction : |
| Adresse mail : |
| Collège ***(à compléter obligatoirement)* :** 🞎 Cliniciens adultes 🞎 Cliniciens pédiatres 🞎 Biologistes, chercheurs, thérapeutes cellulaires et autres cliniciens🞎 Infirmiers et autres paramédicaux 🞎 Data managers, attachés et autres métiers de recherche clinique🞎 Réprésentants de la société civile |

# Le parrainage par deux membres confirmés de la SFGM-TC est nécessaire

1er parrain: Nom et centre : ..........................................................................

 Signature : ..........................................................................

2éme parrain : Nom et centre : ..........................................................................

 Signature : ..........................................................................

Date: .............................. Signature: .......................................