

Direction de la Politique Médicale (DPM) Département de la Recherche clinique et du Développement (DRCD)	ASSISTANCE PUBLIQUE  HÔPITAUX DE PARIS C.V. INVESTIGATEUR Etude EFIR-ES	Formulaire
---	---	-------------------

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

ADRESSE PROFESSIONNELLE :

Nom du service

Nom du chef de service

Hôpital / Clinique/ Cabinet

Adresse complète

.....

.....

TELEPHONE(S) : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

FAX : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Adresse courriel :

Année d'obtention du doctorat en médecine : |_|_|_|_|_|

N° d'inscription au Conseil National de l'Ordre des Médecins :

N° RPPS :

SPECIALITE (qualification telle qu'elle est mentionnée sur l'attestation ordinale délivrée par le CNOM) :

.....

.....

FONCTIONS ACTUELLES :

• HOPITAL

• UNIVERSITE

• PRIVE

PARTICIPATION ANTERIEURE A DES RECHERCHES BIOMEDICALES (en particulier dans le domaine de la recherche visée, publications éventuelles) :

.....

.....

.....

.....

.....

DATE : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

SIGNATURE :