



## Formulaire de demande de prêt d'un mémoire du DU GBM

Date : .....

Nom : .....

Prénom : .....

Tél. : .....

E-mail : .....

Souhaite emprunter le mémoire N° .....

Titre : .....

.....

Auteur : .....

Signature :

Formulaire à remettre au secrétariat de l'enseignement du DU GBM :

Madame Magalie BIZET  
Hôpital des DIACONESSES  
4ème étage – Pavillon Tourelle  
18, rue du Sergent Bauchat  
75571 PARIS CEDEX 12

E-mail : [dugbm@hopital-dcss.org](mailto:dugbm@hopital-dcss.org)