

## FORMULAIRE D'EMPRUNT DE MEMOIRES

**Date d'emprunt :** *(Réservé à l'administration)*

**Date de retour :** *(Réservé à l'administration)*

**Rendu le :** *(Réservé à l'administration)*

---

**Nom et Prénom :** .....

**Portable :** .....

**Email :** .....

**Souhaite emprunter (pour 4 semaines maximum) :**

1. Mémoire numéro : ..... Année universitaire : .....

Titre : .....

Auteur : .....

2. Mémoire numéro : ..... Année universitaire : .....

Titre : .....

Auteur : .....

3. Mémoire numéro : ..... Année universitaire : .....

Titre : .....

Auteur : .....

Signature :

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

**DU GBM – Bureau d'Appui à la Pédagogie**

Bureau 8 - RDC - BC 2804D

91, Boulevard de l'Hôpital – 75013 PARIS

01 44 27 93 06

[medecine-dugbm@sorbonne-universite.fr](mailto:medecine-dugbm@sorbonne-universite.fr)