



• Dermatology  
beyond the skin

## **SECRETARIAT DU "PRIX Charles GRUPPER"**

**LEO Pharma**

Immeuble Ampère E+

34-40 Rue Henri Regnault

92400 Courbevoie La Défense

France

Tél. : 01.30.14.40.00

# **DOSSIER DE CANDIDATURE**

## **"PRIX Charles GRUPPER"**

### **FORMULAIRE D'INSCRIPTION**

Le dossier complet sera expédié en 8 exemplaires au Secrétariat du "Prix Charles GRUPPER",  
**SOUS PLI RECOMMANDE AVEC ACCUSE DE RECEPTION AVANT LE 30 SEPTEMBRE 2024**  
(cachet de la poste faisant foi).

#### **Le dossier comprendra :**

- La fiche de renseignements ci-jointe.
- Un résumé en 4 pages maximum des travaux publiés ou déposés pour publication (Nom de la Revue).
- Les travaux publiés ou déposés pour publication.

**GRUPE DE TRAVAIL**

- Chaque participant devra remplir une fiche de renseignements qu'il faudra joindre au dossier.
- Le Groupe devra désigner le Nom du Représentant ou une Raison Sociale au Nom duquel LEO Pharma fera libeller le chèque, à la charge pour le Représentant du Groupe de répartir le montant du Prix.

- Nom des Personnes constituant le Groupe de Travail :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

- Nom du Représentant du Groupe ou Raison Sociale :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Nom du Candidat ou Nom du Représentant du Groupe de Travail :

.....  
.....  
.....

Rappel du Titre du Travail Scientifique et éventuellement référence(s) du/des article(s) accepté(s) pour Publication concernant ce Travail :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Résumé en Français du Travail Scientifique proposé (maximum 4 pages) :

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS**

Nom et Prénom : .....  
Nom de Jeune Fille : .....  
Date et Lieu de Naissance : .....

Adresse et n° de Téléphone Personnels :  
.....  
.....

Adresse, n° de Téléphone ET adresse mail du Lieu de Travail :  
.....  
.....

Comment avez-vous connu le Prix Grupper ?  
.....  
.....

Diplômes Universitaires :  
.....  
.....  
.....

Titre(s) - Activité(s) Universitaire(s) :  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Titre(s) Hospitalier(s) - Activité(s) Hospitalière(s) :  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

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