



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 1 exemplaire** au Secrétariat du "Prix Charles GRUPPER", **SOUS PLI RECOMMANDE AVEC ACCUSE DE RECEPTION AVANT LE 30 SEPTEMBRE 2026** (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.

GROUPE DE TRAVAIL

- Le Groupe de travail 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 travail de répartir le montant du Prix

- **Seul le Représentant du Groupe de travail devra remplir une fiche de renseignements qu'il faudra joindre au dossier**

- Nom des Personnes constituant le Groupe de Travail :

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

- Nom du Candidat /Représentant du Groupe de Travail ou Raison Sociale :

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

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

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

Impact Factor de la revue scientifique :

.....
.....

Nom des auteurs et des co-auteurs de l'article :

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

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 Personnel :

.....
.....

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 :