

MANDAT

Je soussigné,

Nom :	
Prénom :	
Né.e le :	
A :	
Téléphone :	E-mail :

Donne mandat à :

Nom :
Prénom :
Né.e le :
A :

Afin de retirer le diplôme suivant :

Ecole Doctorale	Type de diplôme (doctorat, HDR..)	Intitulé de la thèse soutenue	Année d'obtention

Le mandataire doit se présenter le jour du retrait muni des documents suivants :

- une copie de la pièce d'identité en cours de validité du docteur,
- une copie de sa propre pièce d'identité

Date :

Signature :

Votre contact :

Mme Dalida Chartrel (dalida.chartrel@univ-paris-est.fr, 01 64 15 36 83)

Université Paris-Est

C/O ENPC & ENSG

Aile Vicat- Bureau V427

6-8, avenue Blaise Pascal

Cité Descartes- Champs sur Marne

77455 Marne La Vallée cedex 2