**CURRICULUM VITAE**

**First name: Prénom**

**Last name: Nom**

*Date of birth (dd-mm-yyyy):* Date de naissance

*Nationality:* Nationalité

*Medical License number:* Numéro RPPS

*Professional Mailing Address:* Adresse du service

*Country:*

*Phone number:* +33 Numéro de téléphone

*Fax number:* +33 Numéro du fax

*E-mail:* Adresse mail

**DEGREES AND/OR CERTIFICATION**

- Date (AAAA) : Diplôme

- Date (AAAA) : Diplôme

- Date (AAAA) : Diplôme

- Date (AAAA) : Diplôme

**EXPERIENCE IN HEMATOLOGY**

-

-

-

-

**EXPERIENCE IN CLINICAL RESEARCH**

*Last GCP Training (dd-mm-yyyy):* date des dernières BPC

*- Expertise:*

*- Clinical Trial Phases:*

*- Therapeutic Area:*

**Signature date (dd-mm-yyyy): Signature:**