|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Civilité** |  | **Nom de naissance** |  |
| **Prénom** |  | **Nom d’usage** |  |
| **Titre** |  | **Numéro de téléphone portable** |  |
| **Domaine d’expertise (cocher une ou plusieurs cases)** | **Hépatologie/ Chirurgie hépatique** | **Cardiologie / Chirurgie cardiaque** | **Néphrologie / Urologie** | **Pneumologie / Chirurgie pulmonaire** | **Tissus / cornée** | **Pancréas/****Îlots** | **HLA** |
| **Cellules souches hématopoïétiques / Thérapie cellulaire** | **Risque infectieux en transplantation** | **Anesthésie / réanimation** | **Sciences humaines et sociales** | **Greffe pédiatrique** | **Immunologie** |
| **Expérience de l’expertise** | * **A l’Agence de la biomédecine**
* **Dans une structure nationale**
* **Dans une structure internationale**
 |
| **Disponibilité** | **Le CMS se réunit 4 fois par an en présentiel à l’Agence. Les frais de déplacement sont pris en charge. Un repas est prévu à l’Agence. Chaque réunion dure en moyenne ½ journée, sauf la réunion consacrée aux appels d’offres recherche qui se déroule pendant toute la journée.** |
| **Société savante (représentant, membre, mandat électif…).** **Préciser si votre candidature est soutenue par une société savante** |  |
| **Mots clés correspondants à votre domaine de compétence (maximum 6)** |  |