|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Civilité** |  | **Nom de naissance** |  |
| **Prénom** |  | **Nom d’usage** |  |
| **Titre** |  | **Numéro de téléphone portable** |  |
| **Domaine d’expertise****(cocher une ou plusieurs cases)** | **AMP** | **Gynécologie** | **Diagnostic génétique** | **Diagnostic prénatal/Diagnostic préimplantatoire**  | **Médecine fœtale** |
| **Qualité des gamètes** | **Embryologie** | **Sciences humaines et sociales** | **Préservation de la fertilité** | **Risque infectieux en AMP** |
| **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)** |  |