

Formulaire de soumission d'un article Revue Pharmaceutique des Dispositifs Médicaux

1. Titre de l'article

2. Auteurs

Rang	Nom et prénom de l'auteur et des co-auteurs	Adresse Professionnelle	Adresse Mail (personnelle pour l'auteur principal)	Conflit potentiel d'intérêts	J'accepte de figurer comme cosignataire de l'article ci-dessus (signature manuscrite)
				<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
				<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
				<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
				<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
				<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
				<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
				<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
				<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
				<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
				<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	