



Formulaire d'engagement à retourner au Collège de Médecine daté et signé.

Je soussigné (e), **Docteur «prénom» «Nom»**, certifie:

-  avoir pris connaissance de ma nomination au titre de **Professeur Associé** au Collège de Médecine des Hôpitaux de Paris, pour **une période de cinq ans**
-  m'engager à respecter les règles **d'utilisation du titre.**

**Modèle de papier à en-tête :**

**Docteur «prénom» «Nom»  
Professeur Associé  
au Collège de Médecine des Hôpitaux de Paris**

**Fait à Paris le,**

**Signature précédée de la mention  
« lu et approuvé »**

***Merci de retourner ce formulaire au CMHP, 45 quai de la Tournelle 75 005 Paris***