Conseil Régional des Hauts-de-France
de l'Ordre des médecins

DECLARATION D'INTERET DES CONSEILLERS REGIONAUX

Pr BESSON Rémi
Dr BONDU Grégory
Dr CLINET Marie-Laure
Dr DOUCHEMENT Dorothée
Dr FLORENT-BRUANDET Caroline
Dr GASLAIN-DE WINTER Francine
Dr GLAISE Florence
Dr JONNIAUX-NOEL Géraldine
Dr LAMBERT Isabelle
Dr LECUYER Damien
Dr LECUYER Emmanuelle
Pr LEROUGE Patrick
Dr MEURIN Francis
Dr MONTPELLIER Dominique
Dr MOORE-WIPF Solange
Dr OLLIVON Judith
Dr PLATEL Jean-Philippe
Pr PRUVO Jean-Pierre
Dr RINGARD Dominique
Dr ROUSSEL Franck
Dr SOTTEAU-VONACHEN Béatrice
Dr THOMAS Elise
Dr TILLY-DUFOUR Anita
Dr TRINH Nu-Huyen-Tran
Dr VANDERMERSCH Jean-Willem
Dr VERON Philippe
Dr VOGEL Marc

Ordre National des Médecins
Conseil National de l'Ordre

DÉCLARATION D'INTÉRÊTS
DES CONSEILLERS REGIONAUX

Je soussigné(e)

Nom : BESSON

Prénoms : Rémi

1. Activités professionnelles

1.1. Activité principale exercée actuellement

- ☐ **Activité libérale :**
  - ☐ En cabinet
  - ☐ Dans un établissement de soins
- ☐ **Activité salariée**
  - ☒ Etablissement hospitalier
  - ☒ Autre structure (à préciser) UNIVESITÉ DE LILLE
- ☐ **Retraité**
- ☐ **Retraité actif**

2. Mandats ordinaux

Préciser la durée du mandat

- ☐ Elu au conseil régional de HAUT DE FRANCE
- ☒ Elu au conseil départemental de NORD
- ☐ Elu au conseil national de l'Ordre des médecins CHAMBRE DISCIPLINAIRE NATIONALE

3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinales

- ☒ Elu assesseur à la chambre disciplinaire nationale
- ☐ Elu assesseur à la chambre disciplinaire de 1ère instance de
- ☐ Nommé assesseur à la section des assurances sociales nationale
- ☐ Désigné assesseur à la section des assurances sociales de première instance de
- ☐ Membre ou conseil d'une instance collégiale, d'une commission, d'un comité ou d'un groupe de travail au sein de l'Institution ordinale.
- ☐ Autre :
  Préciser le cadre :

Ordre National des Médecins
Conseil National de l'Ordre

4. Autres fonctions électives

Préciser la nature et la durée du ou des mandats et le nom de la ou des organisations

5. Autres activités à l'exclusion des missions de service public

- ☐ Je déclare avoir perçu pendant les cinq années écoulées des revenus provenant d'activités (ou des parts) dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou des sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le nom et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s) ou le nombre de parts, la fonction occupée et/ou l'objet de la mission).

ORGANISMES SOCIETE SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	RÉMUNÉRATION	DÉBUT (mois/année)	FIN (mois/année)
MATOREL LIFE SCIENCE		☐ Aucune ☒ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :	2016 2017	
		☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :		

6. Autres liens

- ❑ Je déclare avoir un lien de parenté ou d'alliance avec une ou de(s) personne(s) salariée(s) et/ou possédant des intérêts financiers dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou de sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le degré de parenté et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s), la fonction occupée).

ORGANISMES SOCIETE SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTE

Je soussigné, certifie l'exactitude des renseignements fournis dans la présente déclaration. Je m'engage à actualiser ma déclaration d'intérêts chaque fois que ces informations sont périmées et/ou doivent être complétées.

Cette déclaration ne me décharge pas de mon obligation de me récuser ou de me désister, si j'estime que j'ai des liens susceptibles d'être considérés comme pouvant porter atteinte à mon indépendance, à l'occasion d'une mission ou d'une délibération du conseil régional.

Fait à .....Lille..... Le : ..13/02/2018.....

Signature obligatoire

Déclaration à adresser au conseil régional de .HAUT...DE. FRANCE

Conformément aux dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant.

Ordre National des Médecins
Conseil National de l'Ordre

DÉCLARATION D'INTÉRÊTS
DES CONSEILLERS REGIONAUX

Je soussigné(e)

Nom : BONDU

Prénoms : Grégory, Benoît, Régis

1. Activités professionnelles

1.1. Activité principale exercée actuellement

☒ **Activité libérale :**

- ☒ En cabinet MG Pont Ste Maxence (60)
- ☐ Dans un établissement de soins

☒ **Activité salariée**

- ☐ Etablissement hospitalier
- ☒ Autre structure (à préciser) SGAMI Lille
  PAMSU (UPPA Amiens)

☐ **Retraité**

☐ **Retraité actif**

Ordre National des Médecins
Conseil National de l'Ordre

2. Mandats ordinaux

Préciser la durée du mandat

- [x] Elu au conseil régional de Hd F (6ans) – Trésorier
- [x] Elu au conseil départemental de OISE (6ans)
- [ ] Elu au conseil national de l'Ordre des médecins

3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinales

- [ ] Elu assesseur à la chambre disciplinaire nationale
- [x] Elu assesseur à la chambre disciplinaire de 1ère instance de HdF.
- [ ] Nommé assesseur à la section des assurances sociales nationale
- [x] Désigné assesseur à la section des assurances sociales de première instance de HdF
- [x] Membre ou conseil d'une instance collégiale, d'une commission, d'un comité ou d'un groupe de travail au sein de l'Institution ordinale.
  Commission des Conciliats CD 60
- [ ] Autre :
  Préciser le cadre :

4. Autres fonctions électives

Préciser la nature et la durée du ou des mandats et le nom de la ou des organisations

5. Autres activités à l'exclusion des missions de service public

- ❑ Je déclare avoir perçu pendant les cinq années écoulées des revenus provenant d'activités (ou des parts) dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou des sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le nom et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s) ou le nombre de parts, la fonction occupée et/ou l'objet de la mission).

ORGANISMES SOCIETE SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	RÉMUNÉRATION	DÉBUT (mois/année)	FIN (mois/année)
		❑ Aucune ❑ Au déclarant ❑ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :		
		❑ Aucune ❑ Au déclarant ❑ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :		

6. Autres liens

- ❑ Je déclare avoir un lien de parenté ou d'alliance avec une ou de(s) personne(s) salariée(s) et/ou possédant des intérêts financiers dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou de sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le degré de parenté et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s), la fonction occupée).

ORGANISMES SOCIETE SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTE

Je soussigné, certifie l'exactitude des renseignements fournis dans la présente déclaration. Je m'engage à actualiser ma déclaration d'intérêts chaque fois que ces informations sont périmées et/ou doivent être complétées.

Ordre National des Médecins
Conseil National de l'Ordre

Cette déclaration ne me décharge pas de mon obligation de me récuser ou de me désister, si j'estime que j'ai des liens susceptibles d'être considérés comme pouvant porter atteinte à mon indépendance, à l'occasion d'une mission ou d'une délibération du conseil régional.

Fait à .....Paris..... Le : .....25/11/2022.

Signature obligatoire

Déclaration à adresser au conseil régional de .....HdF.....

Conformément aux dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant.

Ordre National des Médecins
Conseil National de l'Ordre

DÉCLARATION D'INTÉRÊTS
DES CONSEILLERS REGIONAUX

Je soussigné(e)

Nom : CLINET

Prénoms : Marie-Laure

1. Activités professionnelles

1.1. Activité principale exercée actuellement

- ☐ **Activité libérale :**
  - ☐ En cabinet
  - ☐ Dans un établissement de soins
- ☒ **Activité salariée**
  - ☒ Etablissement hospitalier
  - ☐ Autre structure (à préciser)
- ☐ **Retraité**
- ☐ **Retraité actif**

Ordre National des Médecins
Conseil National de l'Ordre

2. Mandats ordinaux

Préciser la durée du mandat

- [x] Elu au conseil régional de Hauts de France
- [x] Elu au conseil départemental de Oise
- [ ] Elu au conseil national de l'Ordre des médecins

3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinales

- [ ] Elu assesseur à la chambre disciplinaire nationale
- [x] Elu assesseur à la chambre disciplinaire de 1ère instance de Hauts de France
  suppléant
- [ ] Nommé assesseur à la section des assurances sociales nationale
- [ ] Désigné assesseur à la section des assurances sociales de première instance de
- [ ] Membre ou conseil d'une instance collégiale, d'une commission, d'un comité ou d'un groupe de travail au sein de l'Institution ordinale.
- [ ] Autre :
  Préciser le cadre :

4. Autres fonctions électives

Préciser la nature et la durée du ou des mandats et le nom de la ou des organisations

5. Autres activités à l'exclusion des missions de service public

- ❑ Je déclare avoir perçu pendant les cinq années écoulées des revenus provenant d'activités (ou des parts) dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou des sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le nom et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s) ou le nombre de parts, la fonction occupée et/ou l'objet de la mission).

ORGANISMES SOCIETE SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	RÉMUNÉRATION	DÉBUT (mois/année)	FIN (mois/année)
		❑ Aucune ❑ Au déclarant ❑ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :		
		❑ Aucune ❑ Au déclarant ❑ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :		

6. Autres liens

- ❑ Je déclare avoir un lien de parenté ou d'alliance avec une ou de(s) personne(s) salariée(s) et/ou possédant des intérêts financiers dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou de sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le degré de parenté et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s), la fonction occupée).

ORGANISMES SOCIETE SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTE

Je soussigné, certifie l'exactitude des renseignements fournis dans la présente déclaration. Je m'engage à actualiser ma déclaration d'intérêts chaque fois que ces informations sont périmées et/ou doivent être complétées.

Cette déclaration ne me décharge pas de mon obligation de me récuser ou de me désister, si j'estime que j'ai des liens susceptibles d'être considérés comme pouvant porter atteinte à mon indépendance, à l'occasion d'une mission ou d'une délibération du conseil régional.

Fait à Lille ..... Le : 17/11/2022 .....

Signature obligatoire

Déclaration à adresser au conseil régional de ...Lille.....

Conformément aux dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant.

Ordre National des Médecins
Conseil National de l'Ordre

DÉCLARATION D'INTÉRÊTS
DES CONSEILLERS REGIONAUX

Je soussigné(e)

Nom : DOUCHEMENT

Prénoms : DOROTHEE AMELIE

1. Activités professionnelles

1.1. Activité principale exercée actuellement

☒ **Activité libérale :**

- ☒ En cabinet 147 rue du pont levis à Wambrechies
- ☒ Dans un établissement de soins la clinique de la bourrie à Lille (chirurgie).

☐ **Activité salariée**

- ☐ Etablissement hospitalier
- ☐ Autre structure (à préciser)

☐ **Retraité**

☐ **Retraité actif**

2. Mandats ordinaux

Préciser la durée du mandat ~~6 ans~~.

- [x] Elu au conseil régional de hauts de France.
- [x] Elu au conseil départemental de NORD. 6 ans
- [ ] Elu au conseil national de l'Ordre des médecins

3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinales

- [ ] Elu assesseur à la chambre disciplinaire nationale
- [ ] Elu assesseur à la chambre disciplinaire de 1ère instance de
- [ ] Nommé assesseur à la section des assurances sociales nationale
- [ ] Désigné assesseur à la section des assurances sociales de première instance de
- [ ] Membre ou conseil d'une instance collégiale, d'une commission, d'un comité ou d'un groupe de travail au sein de l'Institution ordinale.
- [ ] Autre :
  Préciser le cadre :

4. Autres fonctions électives

Préciser la nature et la durée du ou des mandats et le nom de la ou des organisations

- Membre de la CME de la clinique de la Bourdonnais

5. Autres activités à l'exclusion des missions de service public

- ❑ Je déclare avoir perçu pendant les cinq années écoulées des revenus provenant d'activités (ou des parts) dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou des sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le nom et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s) ou le nombre de parts, la fonction occupée et/ou l'objet de la mission).

ORGANISMES SOCIETE SERVICES…	FONCTION OCCUPÉE	RÉMUNÉRATION	DÉBUT (mois/année)	FIN (mois/année)
		❑ Aucune ❑ Au déclarant ❑ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :		
		❑ Aucune ❑ Au déclarant ❑ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :		

6. Autres liens

- ❑ Je déclare avoir un lien de parenté ou d'alliance avec une ou de(s) personne(s) salariée(s) et/ou possédant des intérêts financiers dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou de sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le degré de parenté et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s), la fonction occupée).

ORGANISMES SOCIETE SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTE

Je soussigné, certifie l'exactitude des renseignements fournis dans la présente déclaration. Je m'engage à actualiser ma déclaration d'intérêts chaque fois que ces informations sont périmées et/ou doivent être complétées.

Cette déclaration ne me décharge pas de mon obligation de me récuser ou de me désister, si j'estime que j'ai des liens susceptibles d'être considérés comme pouvant porter atteinte à mon indépendance, à l'occasion d'une mission ou d'une délibération du conseil régional.

Fait à .....Wambrechies..... Le : ..11/05/23.....

Signature obligatoire

Déclaration à adresser au conseil régional de .....

Conformément aux dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant.

Ordre National des Médecins
Conseil National de l'Ordre

DÉCLARATION D'INTÉRÊTS
DES CONSEILLERS REGIONAUX

Je soussigné(e)

Nom : FLORENT BRUNDET

Prénoms : Caroline

1. Activités professionnelles

1.1. Activité principale exercée actuellement

☒ **Activité libérale :**

- ☐ En cabinet
- ☐ Dans un établissement de soins

☐ **Activité salariée**

- ☐ Etablissement hospitalier
- ☐ Autre structure (à préciser)

☐ **Retraité**

☐ **Retraité actif**

Ordre National des Médecins
Conseil National de l'Ordre

2. Mandats ordinaux

Préciser la durée du mandat

- [x] Elu au conseil régional de hauts de france - depuis 2016
- [x] Elu au conseil départemental de Nord. depuis 2016
- [ ] Elu au conseil national de l'Ordre des médecins

3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinales

- [ ] Elu assesseur à la chambre disciplinaire nationale
- [ ] Elu assesseur à la chambre disciplinaire de 1ère instance de
- [ ] Nommé assesseur à la section des assurances sociales nationale
- [ ] Désigné assesseur à la section des assurances sociales de première instance de
- [ ] Membre ou conseil d'une instance collégiale, d'une commission, d'un comité ou d'un groupe de travail au sein de l'Institution ordinale.
- [ ] Autre :
  Préciser le cadre :

4. Autres fonctions électives

Préciser la nature et la durée du ou des mandats et le nom de la ou des organisations

5. Autres activités à l'exclusion des missions de service public

- ❑ Je déclare avoir perçu pendant les cinq années écoulées des revenus provenant d'activités (ou des parts) dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou des sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le nom et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s) ou le nombre de parts, la fonction occupée et/ou l'objet de la mission).

ORGANISMES SOCIETE SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	RÉMUNÉRATION	DÉBUT (mois/année)	FIN (mois/année)
		❑ Aucune ❑ Au déclarant ❑ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :		
		❑ Aucune ❑ Au déclarant ❑ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :		

6. Autres liens

- ❑ Je déclare avoir un lien de parenté ou d'alliance avec une ou de(s) personne(s) salariée(s) et/ou possédant des intérêts financiers dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou de sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le degré de parenté et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s), la fonction occupée).

ORGANISMES SOCIETE SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTE

Je soussigné, certifie l'exactitude des renseignements fournis dans la présente déclaration. Je m'engage à actualiser ma déclaration d'intérêts chaque fois que ces informations sont périmées et/ou doivent être complétées.

Cette déclaration ne me décharge pas de mon obligation de me récuser ou de me désister, si j'estime que j'ai des liens susceptibles d'être considérés comme pouvant porter atteinte à mon indépendance, à l'occasion d'une mission ou d'une délibération du conseil régional.

Fait à .....Lille..... Le : .....28/11/2022.....

Signature obligatoire

Déclaration à adresser au conseil régional de .....

Conformément aux dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant.

Ordre National des Médecins
Conseil National de l'Ordre

DÉCLARATION D'INTÉRÊTS
DES CONSEILLERS REGIONAUX

Je soussigné(e)

Nom : GASLAIN DE WINTER

Prénoms : Francine

1. Activités professionnelles

1.1. Activité principale exercée actuellement

- ☐ **Activité libérale :**
  - ☐ En cabinet
  - ☐ Dans un établissement de soins
- ☐ **Activité salariée**
  - ☐ Etablissement hospitalier
  - ☐ Autre structure (à préciser)
- ☒ **Retraité**
- ☐ **Retraité actif**

Ordre National des Médecins
Conseil National de l'Ordre

2. Mandats ordinaux

Préciser la durée du mandat

- [x] Elu au conseil régional de Hauts de France
- [x] Elu au conseil départemental de Pas de Calais
- [ ] Elu au conseil national de l'Ordre des médecins

3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinales

- [ ] Elu assesseur à la chambre disciplinaire nationale
- [x] Elu assesseur à la chambre disciplinaire de 1ère instance de Hauts de France
- [ ] Nommé assesseur à la section des assurances sociales nationale
- [ ] Désigné assesseur à la section des assurances sociales de première instance de
- [ ] Membre ou conseil d'une instance collégiale, d'une commission, d'un comité ou d'un groupe de travail au sein de l'Institution ordinale.
- [ ] Autre :
  Préciser le cadre :

4. Autres fonctions électives

Préciser la nature et la durée du ou des mandats et le nom de la ou des organisations

5. Autres activités à l'exclusion des missions de service public

- ❑ Je déclare avoir perçu pendant les cinq années écoulées des revenus provenant d'activités (ou des parts) dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou des sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le nom et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s) ou le nombre de parts, la fonction occupée et/ou l'objet de la mission).

ORGANISMES SOCIETE SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	RÉMUNÉRATION	DÉBUT (mois/année)	FIN (mois/année)
		❑ Aucune ❑ Au déclarant ❑ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :		
		❑ Aucune ❑ Au déclarant ❑ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :		

6. Autres liens

- ❑ Je déclare avoir un lien de parenté ou d'alliance avec une ou de(s) personne(s) salariée(s) et/ou possédant des intérêts financiers dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou de sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le degré de parenté et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s), la fonction occupée).

ORGANISMES SOCIETE SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTE

Je soussigné, certifie l'exactitude des renseignements fournis dans la présente déclaration. Je m'engage à actualiser ma déclaration d'intérêts chaque fois que ces informations sont périmées et/ou doivent être complétées.

Cette déclaration ne me décharge pas de mon obligation de me récuser ou de me désister, si j'estime que j'ai des liens susceptibles d'être considérés comme pouvant porter atteinte à mon indépendance, à l'occasion d'une mission ou d'une délibération du conseil régional.

Fait à .....Lille..... Le : .....18/11/2022.....

Signature obligatoire

Déclaration à adresser au conseil régional de ....Haut-de France

Conformément aux dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant.

Ordre National des Médecins
Conseil National de l'Ordre

DÉCLARATION D'INTÉRÊTS
DES CONSEILLERS REGIONAUX

Je soussigné(e)

Nom : GLAISE

Prénoms : Florence

1. Activités professionnelles

1.1. Activité principale exercée actuellement

- ☐ **Activité libérale :**
  - ☐ En cabinet
  - ☐ Dans un établissement de soins
- ☒ **Activité salariée**
  - ☒ Etablissement hospitalier
  - ☐ Autre structure (à préciser)
- ☐ **Retraité**
- ☐ **Retraité actif**

Ordre National des Médecins
Conseil National de l'Ordre

2. Mandats ordinaux

Préciser la durée du mandat

- [x] Elu au conseil régional de Hauts de France
- [ ] Elu au conseil départemental de
- [ ] Elu au conseil national de l'Ordre des médecins

3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinales

- [ ] Elu assesseur à la chambre disciplinaire nationale
- [ ] Elu assesseur à la chambre disciplinaire de 1ère instance de
- [ ] Nommé assesseur à la section des assurances sociales nationale
- [ ] Désigné assesseur à la section des assurances sociales de première instance de
- [ ] Membre ou conseil d'une instance collégiale, d'une commission, d'un comité ou d'un groupe de travail au sein de l'Institution ordinale.
- [ ] Autre :
  Préciser le cadre :

4. Autres fonctions électives

Préciser la nature et la durée du ou des mandats et le nom de la ou des organisations

5. Autres activités à l'exclusion des missions de service public

- ❑ Je déclare avoir perçu pendant les cinq années écoulées des revenus provenant d'activités (ou des parts) dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou des sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le nom et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s) ou le nombre de parts, la fonction occupée et/ou l'objet de la mission).

ORGANISMES SOCIETE SERVICES…	FONCTION OCCUPÉE	RÉMUNÉRATION	DÉBUT (mois/année)	FIN (mois/année)
		❑ Aucune ❑ Au déclarant ❑ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :		
		❑ Aucune ❑ Au déclarant ❑ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :		

6. Autres liens

- ❑ Je déclare avoir un lien de parenté ou d'alliance avec une ou de(s) personne(s) salariée(s) et/ou possédant des intérêts financiers dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou de sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le degré de parenté et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s), la fonction occupée).

ORGANISMES SOCIETE SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTE

Je soussigné, certifie l'exactitude des renseignements fournis dans la présente déclaration. Je m'engage à actualiser ma déclaration d'intérêts chaque fois que ces informations sont périmées et/ou doivent être complétées.

Cette déclaration ne me décharge pas de mon obligation de me récuser ou de me désister, si j'estime que j'ai des liens susceptibles d'être considérés comme pouvant porter atteinte à mon indépendance, à l'occasion d'une mission ou d'une délibération du conseil régional.

Fait à Lille ..... Le : 12.03.2019 .....

Signature obligatoire

Déclaration à adresser au conseil régional de .....

Conformément aux dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant.

DÉCLARATION D'INTÉRÊTS
DES CONSEILLERS REGIONAUX

Je soussigné(e)

Nom : JONNIAUX

Prénoms : GERALDINE

1. Activités professionnelles

1.1. Activité principale exercée actuellement

- ☐ **Activité libérale :**
  - ☐ En cabinet
  - ☐ Dans un établissement de soins
- ☐ **Activité salariée**
  - ☐ Etablissement hospitalier
  - ☒ Autre structure (à préciser) Département du Pas-de-Calais
- ☐ **Retraité**
- ☐ **Retraité actif**

2. Mandats ordinaux

Préciser la durée du mandat

- ☒ Elu au conseil régional de Hauts de France (6 ans)
- ☒ Elu au conseil départemental de Pas-de-Calais (6 ans).
- ☐ Elu au conseil national de l'Ordre des médecins

3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinales

- ☐ Elu assesseur à la chambre disciplinaire nationale
- ☐ Elu assesseur à la chambre disciplinaire de 1ère instance de
- ☐ Nommé assesseur à la section des assurances sociales nationale
- ☒ Désigné assesseur à la section des assurances sociales de première instance de CRSM Hauts de France
- ☐ Membre ou conseil d'une instance collégiale, d'une commission, d'un comité ou d'un groupe de travail au sein de l'Institution ordinale.
- ☐ Autre :
  Préciser le cadre :

4. Autres fonctions électives

Préciser la nature et la durée du ou des mandats et le nom de la ou des organisations

5. Autres activités à l'exclusion des missions de service public

- ❑ Je déclare avoir perçu pendant les cinq années écoulées des revenus provenant d'activités (ou des parts) dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou des sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le nom et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s) ou le nombre de parts, la fonction occupée et/ou l'objet de la mission).

ORGANISMES SOCIETE SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	RÉMUNÉRATION	DÉBUT (mois/année)	FIN (mois/année)
		❑ Aucune ❑ Au déclarant ❑ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :		
		❑ Aucune ❑ Au déclarant ❑ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :		

6. Autres liens

- ❑ Je déclare avoir un lien de parenté ou d'alliance avec une ou de(s) personne(s) salariée(s) et/ou possédant des intérêts financiers dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou de sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le degré de parenté et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s), la fonction occupée).

ORGANISMES SOCIETE SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTE

Je soussigné, certifie l'exactitude des renseignements fournis dans la présente déclaration. Je m'engage à actualiser ma déclaration d'intérêts chaque fois que ces informations sont périmées et/ou doivent être complétées.

Cette déclaration ne me décharge pas de mon obligation de me récuser ou de me désister, si j'estime que j'ai des liens susceptibles d'être considérés comme pouvant porter atteinte à mon indépendance, à l'occasion d'une mission ou d'une délibération du conseil régional.

Fait à ...Blendecques..... Le : ..22/02/2021.....

Signature obligatoire

Déclaration à adresser au conseil régional de ...Hauts de France

Conformément aux dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant.

Ordre National des Médecins
Conseil National de l'Ordre

DÉCLARATION D'INTÉRÊTS
DES CONSEILLERS REGIONAUX

Je soussigné(e)

Nom : LAMBERT

Prénoms : Brahelle, Michèle, Corinne

1. Activités professionnelles

1.1. Activité principale exercée actuellement

- ☐ **Activité libérale :**
  - ☒ En cabinet
  - ☐ Dans un établissement de soins
- ☐ **Activité salariée**
  - ☐ Etablissement hospitalier
  - ☐ Autre structure (à préciser)
- ☐ **Retraité**
- ☐ **Retraité actif**

Ordre National des Médecins
Conseil National de l'Ordre

2. Mandats ordinaux

Préciser la durée du mandat

- ☒ Elu au conseil régional de Hauts de France
- ☐ Elu au conseil départemental de
- ☐ Elu au conseil national de l'Ordre des médecins

3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinales

- ☐ Elu assesseur à la chambre disciplinaire nationale
- ☐ Elu assesseur à la chambre disciplinaire de 1ère instance de
- ☐ Nommé assesseur à la section des assurances sociales nationale
- ☐ Désigné assesseur à la section des assurances sociales de première instance de
- ☐ Membre ou conseil d'une instance collégiale, d'une commission, d'un comité ou d'un groupe de travail au sein de l'Institution ordinale.
- ☐ Autre :
  Préciser le cadre :

4. Autres fonctions électives

Préciser la nature et la durée du ou des mandats et le nom de la ou des organisations

5. Autres activités à l'exclusion des missions de service public

- ❑ Je déclare avoir perçu pendant les cinq années écoulées des revenus provenant d'activités (ou des parts) dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou des sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le nom et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s) ou le nombre de parts, la fonction occupée et/ou l'objet de la mission).

ORGANISMES SOCIETE SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	RÉMUNÉRATION	DÉBUT (mois/année)	FIN (mois/année)
		❑ Aucune ❑ Au déclarant ❑ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :		
		❑ Aucune ❑ Au déclarant ❑ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :		

6. Autres liens

- ❑ Je déclare avoir un lien de parenté ou d'alliance avec une ou de(s) personne(s) salariée(s) et/ou possédant des intérêts financiers dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou de sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le degré de parenté et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s), la fonction occupée).

ORGANISMES SOCIETE SERVICES…	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTE

Je soussigné, certifie l'exactitude des renseignements fournis dans la présente déclaration. Je m'engage à actualiser ma déclaration d'intérêts chaque fois que ces informations sont périmées et/ou doivent être complétées.

Ordre National des Médecins
Conseil National de l'Ordre

Fait à ....Lille..... Le : ....28/03/2019.....

Signature obligatoire

Déclaration à adresser au conseil régional de ..Haut-de-France

Conformément aux dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant.

Ordre National des Médecins
Conseil National de l'Ordre

DÉCLARATION D'INTÉRÊTS
DES CONSEILLERS REGIONAUX

Je soussigné(e)

Nom : LECUYER

Prénoms : Denis

1. Activités professionnelles

1.1. Activité principale exercée actuellement

- ☐ **Activité libérale :**
  - ☒ En cabinet
  - ☐ Dans un établissement de soins
- ☐ **Activité salariée**
  - ☐ Etablissement hospitalier
  - ☐ Autre structure (à préciser)
- ☐ **Retraité**
- ☐ **Retraité actif**

Ordre National des Médecins
Conseil National de l'Ordre

2. Mandats ordinaux

Préciser la durée du mandat

- [x] Elu au conseil régional de Hauts de France (2021)
- [x] Elu au conseil départemental de Aisne (2021)
- [ ] Elu au conseil national de l'Ordre des médecins

3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinales

- [ ] Elu assesseur à la chambre disciplinaire nationale
- [ ] Elu assesseur à la chambre disciplinaire de 1ère instance de
- [ ] Nommé assesseur à la section des assurances sociales nationale
- [ ] Désigné assesseur à la section des assurances sociales de première instance de
- [ ] Membre ou conseil d'une instance collégiale, d'une commission, d'un comité ou d'un groupe de travail au sein de l'Institution ordinale.
- [ ] Autre :
  Préciser le cadre :

4. Autres fonctions électives

Préciser la nature et la durée du ou des mandats et le nom de la ou des organisations

5. Autres activités à l'exclusion des missions de service public

- ❑ Je déclare avoir perçu pendant les cinq années écoulées des revenus provenant d'activités (ou des parts) dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou des sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le nom et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s) ou le nombre de parts, la fonction occupée et/ou l'objet de la mission).

ORGANISMES SOCIETE SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	RÉMUNÉRATION	DÉBUT (mois/année)	FIN (mois/année)
		❑ Aucune ❑ Au déclarant ❑ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :		
		❑ Aucune ❑ Au déclarant ❑ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :		

6. Autres liens

- ❑ Je déclare avoir un lien de parenté ou d'alliance avec une ou de(s) personne(s) salariée(s) et/ou possédant des intérêts financiers dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou de sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le degré de parenté et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s), la fonction occupée).

ORGANISMES SOCIETE SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTE

Je soussigné, certifie l'exactitude des renseignements fournis dans la présente déclaration. Je m'engage à actualiser ma déclaration d'intérêts chaque fois que ces informations sont périmées et/ou doivent être complétées.

Ordre National des Médecins
Conseil National de l'Ordre

Cette déclaration ne me décharge pas de mon obligation de me récuser ou de me désister, si j'estime que j'ai des liens susceptibles d'être considérés comme pouvant porter atteinte à mon indépendance, à l'occasion d'une mission ou d'une délibération du conseil régional.

Fait à Lille Le : 13 février 2019

Signature obligatoire

Déclaration à adresser au conseil régional de .....

Conformément aux dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant.

Ordre National des Médecins
Conseil National de l'Ordre

DÉCLARATION D'INTÉRÊTS
DES CONSEILLERS REGIONAUX

Je soussigné(e)

Nom : Berger

Prénoms : Emmanuelle.

1. Activités professionnelles

1.1. Activité principale exercée actuellement

- ☐ **Activité libérale :**
  - ☐ En cabinet
  - ☒ Dans un établissement de soins
- ☐ **Activité salariée**
  - ☒ Etablissement hospitalier
  - ☐ Autre structure (à préciser)
- ☐ **Retraité**
- ☐ **Retraité actif**

Ordre National des Médecins
Conseil National de l'Ordre

2. Mandats ordinaux

Préciser la durée du mandat

- ☑ Elu au conseil régional de Haut de France
- ☐ Elu au conseil départemental de
- ☐ Elu au conseil national de l'Ordre des médecins

3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinales

- ☐ Elu assesseur à la chambre disciplinaire nationale
- ☐ Elu assesseur à la chambre disciplinaire de 1ère instance de
- ☐ Nommé assesseur à la section des assurances sociales nationale
- ☐ Désigné assesseur à la section des assurances sociales de première instance de
- ☐ Membre ou conseil d'une instance collégiale, d'une commission, d'un comité ou d'un groupe de travail au sein de l'Institution ordinale.
- ☐ Autre :
  Préciser le cadre :

4. Autres fonctions électives

Préciser la nature et la durée du ou des mandats et le nom de la ou des organisations

5. Autres activités à l'exclusion des missions de service public

- ❑ Je déclare avoir perçu pendant les cinq années écoulées des revenus provenant d'activités (ou des parts) dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou des sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le nom et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s) ou le nombre de parts, la fonction occupée et/ou l'objet de la mission).

ORGANISMES SOCIETE SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	RÉMUNÉRATION	DÉBUT (mois/année)	FIN (mois/année)
		❑ Aucune ❑ Au déclarant ❑ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :		
		❑ Aucune ❑ Au déclarant ❑ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :		

6. Autres liens

- ❑ Je déclare avoir un lien de parenté ou d'alliance avec une ou de(s) personne(s) salariée(s) et/ou possédant des intérêts financiers dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou de sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le degré de parenté et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s), la fonction occupée).

ORGANISMES SOCIETE SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTE

Je soussigné, certifie l'exactitude des renseignements fournis dans la présente déclaration. Je m'engage à actualiser ma déclaration d'intérêts chaque fois que ces informations sont périmées et/ou doivent être complétées.

Cette déclaration ne me décharge pas de mon obligation de me récuser ou de me désister, si j'estime que j'ai des liens susceptibles d'être considérés comme pouvant porter atteinte à mon indépendance, à l'occasion d'une mission ou d'une délibération du conseil régional.

Fait à ....Lille..... Le : 12.03.2019

Signature obligatoire

Déclaration à adresser au conseil régional de .....

Conformément aux dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant.

Ordre National des Médecins
Conseil National de l'Ordre

DÉCLARATION D'INTÉRÊTS
DES CONSEILLERS REGIONAUX

Je soussigné(e)

Nom : LEROUGE

Prénoms : Patrick Pierre Robert

1. Activités professionnelles

1.1. Activité principale exercée actuellement

- ☐ **Activité libérale :**
  - ☐ En cabinet
  - ☐ Dans un établissement de soins
- ☐ **Activité salariée**
  - ☐ Etablissement hospitalier
  - ☐ Autre structure (à préciser)
- ☒ **Retraité**
- ☐ **Retraité actif**

Ordre National des Médecins
Conseil National de l'Ordre

2. Mandats ordinaux

Préciser la durée du mandat

- [x] Elu au conseil régional de
- [x] Elu au conseil départemental de
- [ ] Elu au conseil national de l'Ordre des médecins

3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinales

- [ ] Elu assesseur à la chambre disciplinaire nationale
- [ ] Elu assesseur à la chambre disciplinaire de 1ère instance de
- [ ] Nommé assesseur à la section des assurances sociales nationale
- [ ] Désigné assesseur à la section des assurances sociales de première instance de
- [ ] Membre ou conseil d'une instance collégiale, d'une commission, d'un comité ou d'un groupe de travail au sein de l'Institution ordinale.
- [x] Autre :

Préciser le cadre :

Président de la Commission d'Appel de Qualification en Médecine générale au CNOM

4. Autres fonctions électives

Préciser la nature et la durée du ou des mandats et le nom de la ou des organisations

5. Autres activités à l'exclusion des missions de service public

- ❑ Je déclare avoir perçu pendant les cinq années écoulées des revenus provenant d'activités (ou des parts) dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou des sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le nom et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s) ou le nombre de parts, la fonction occupée et/ou l'objet de la mission).

ORGANISMES SOCIETE SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	RÉMUNÉRATION	DÉBUT (mois/année)	FIN (mois/année)
		❑ Aucune ❑ Au déclarant ❑ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :		
		❑ Aucune ❑ Au déclarant ❑ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :		

6. Autres liens

- ❑ Je déclare avoir un lien de parenté ou d'alliance avec une ou de(s) personne(s) salariée(s) et/ou possédant des intérêts financiers dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou de sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le degré de parenté et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s), la fonction occupée).

ORGANISMES SOCIETE SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTE

Je soussigné, certifie l'exactitude des renseignements fournis dans la présente déclaration. Je m'engage à actualiser ma déclaration d'intérêts chaque fois que ces informations sont périmées et/ou doivent être complétées.

Cette déclaration ne me décharge pas de mon obligation de me récuser ou de me désister, si j'estime que j'ai des liens susceptibles d'être considérés comme pouvant porter atteinte à mon indépendance, à l'occasion d'une mission ou d'une délibération du conseil régional.

Fait à Lille Le : 17.11.2022

Signature obligatoire

Déclaration à adresser au conseil régional de .....

Conformément aux dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant.

Ordre National des Médecins
Conseil National de l'Ordre

DÉCLARATION D'INTÉRÊTS
DES CONSEILLERS REGIONAUX

Je soussigné(e)

Nom : MEURIN

Prénoms : Francis

1. Activités professionnelles

1.1. Activité principale exercée actuellement

MG

- [x] **Activité libérale :**
  - [x] En cabinet
  - [ ] Dans un établissement de soins
- [ ] **Activité salariée**
  - [ ] Etablissement hospitalier
  - [ ] Autre structure (à préciser)
- [ ] **Retraité**
- [x] **Retraité actif**

Ordre National des Médecins
Conseil National de l'Ordre

2. Mandats ordinaux

Préciser la durée du mandat

- ☐ Elu au conseil régional de : Hauts de France
- ☒ Elu au conseil départemental de Pas de Calais
- ☐ Elu au conseil national de l'Ordre des médecins

3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinales

- ☐ Elu assesseur à la chambre disciplinaire nationale
- ☒ Elu assesseur à la chambre disciplinaire de 1ère instance de Hauts de France
- ☐ Nommé assesseur à la section des assurances sociales nationale
- ☒ Désigné assesseur à la section des assurances sociales de première instance de Hauts de France
- ☒ Membre ou conseil d'une instance collégiale, d'une commission, d'un comité ou d'un groupe de travail au sein de l'Institution ordinale. Trésorier du 62 (CSOM 62)
- ☐ Autre :
  Préciser le cadre :

4. Autres fonctions électives

Préciser la nature et la durée du ou des mandats et le nom de la ou des organisations

5. Autres activités à l'exclusion des missions de service public

- ❑ Je déclare avoir perçu pendant les cinq années écoulées des revenus provenant d'activités (ou des parts) dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou des sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le nom et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s) ou le nombre de parts, la fonction occupée et/ou l'objet de la mission).

ORGANISMES SOCIETE SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	RÉMUNÉRATION	DÉBUT (mois/année)	FIN (mois/année)
		❑ Aucune ❑ Au déclarant ❑ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :		
		❑ Aucune ❑ Au déclarant ❑ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :		

6. Autres liens

- ❑ Je déclare avoir un lien de parenté ou d'alliance avec une ou de(s) personne(s) salariée(s) et/ou possédant des intérêts financiers dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou de sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le degré de parenté et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s), la fonction occupée).

ORGANISMES SOCIETE SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTE

Je soussigné, certifie l'exactitude des renseignements fournis dans la présente déclaration. Je m'engage à actualiser ma déclaration d'intérêts chaque fois que ces informations sont périmées et/ou doivent être complétées.

Ordre National des Médecins
Conseil National de l'Ordre

Cette déclaration ne me décharge pas de mon obligation de me récuser ou de me désister, si j'estime que j'ai des liens susceptibles d'être considérés comme pouvant porter atteinte à mon indépendance, à l'occasion d'une mission ou d'une délibération du conseil régional.

Fait à .....Lille..... Le : ....13 Février 2019....

Signature obligatoire

Déclaration à adresser au conseil régional de .....

Conformément aux dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant.

Ordre National des Médecins
Conseil National de l'Ordre

DÉCLARATION D'INTÉRÊTS
DES CONSEILLERS REGIONAUX

Je soussigné(~~e~~)

Nom : Montpellier

Prénoms : Dominique.

1. Activités professionnelles

1.1. Activité principale exercée actuellement

- ☐ **Activité libérale :**
  - ☐ En cabinet
  - ☐ Dans un établissement de soins
- ☒ **Activité salariée**
  - ☒ Etablissement hospitalier
  - ☒ Autre structure (à préciser) Expertises Judiciaires et ONIAM. (CCI).
- ☐ **Retraité**
- ☐ **Retraité actif**

Ordre National des Médecins
Conseil National de l'Ordre

2. Mandats ordinaux

Préciser la durée du mandat

- ☐ Elu au conseil régional des Hauts de France
- ☐ Elu au conseil départemental de la Somme.
- ☐ Elu au conseil national de l'Ordre des médecins

3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinales

- ☐ Elu assesseur à la chambre disciplinaire nationale
- ☒ Elu assesseur à la chambre disciplinaire de 1ère instance de
- ☒ Nommé assesseur à la section des assurances sociales nationale (Non)
- ☐ Désigné assesseur à la section des assurances sociales de première instance des Hauts de France.
- ☒ Membre ou conseil d'une instance collégiale, d'une commission, d'un comité ou d'un groupe de travail au sein de l'Institution ordinale.
  Représentant CNOM au CNP Anesthésie Réanimation
- ☐ Autre :
  Préciser le cadre :

4. Autres fonctions électives

Préciser la nature et la durée du ou des mandats et le nom de la ou des organisations

Membre suppléant de la C.R.C.I de Picardie.

5. Autres activités à l'exclusion des missions de service public

- ❑ Je déclare avoir perçu pendant les cinq années écoulées des revenus provenant d'activités (ou des parts) dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou des sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le nom et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s) ou le nombre de parts, la fonction occupée et/ou l'objet de la mission).

ORGANISMES SOCIETE SERVICES…	FONCTION OCCUPÉE	RÉMUNÉRATION	DÉBUT (mois/année)	FIN (mois/année)
		❑ Aucune ❑ Au déclarant ❑ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :		
		❑ Aucune ❑ Au déclarant ❑ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :		

6. Autres liens

- ❑ Je déclare avoir un lien de parenté ou d'alliance avec une ou de(s) personne(s) salariée(s) et/ou possédant des intérêts financiers dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou de sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le degré de parenté et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s), la fonction occupée).

ORGANISMES SOCIETE SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTE

Je soussigné, certifie l'exactitude des renseignements fournis dans la présente déclaration. Je m'engage à actualiser ma déclaration d'intérêts chaque fois que ces informations sont périmées et/ou doivent être complétées.

Cette déclaration ne me décharge pas de mon obligation de me récuser ou de me désister, si j'estime que j'ai des liens susceptibles d'être considérés comme pouvant porter atteinte à mon indépendance, à l'occasion d'une mission ou d'une délibération du conseil régional.

Fait à .....Amiens..... Le : ....24 Novembre 2022....

Signature obligatoire

Déclaration à adresser au conseil régional de s...Hauts...de France

Conformément aux dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant.

Ordre National des Médecins
Conseil National de l'Ordre

DÉCLARATION D'INTÉRÊTS
DES CONSEILLERS REGIONAUX

Je soussigné(e)

Nom : NOORE - WIDF

Prénoms : Solange, Marie, Josiane.

1. Activités professionnelles

1.1. Activité principale exercée actuellement

- ☐ **Activité libérale :**
  - ☐ En cabinet
  - ☐ Dans un établissement de soins
- ☒ **Activité salariée**
  - ☒ Etablissement hospitalier
  - ☐ Autre structure (à préciser)
- ☐ **Retraité**
- ☒ **Retraité actif**

Ordre National des Médecins
Conseil National de l'Ordre

2. Mandats ordinaux

Préciser la durée du mandat

- [x] Elu au conseil régional de Hauts de France
- [x] Elu au conseil départemental de Nord
- [ ] Elu au conseil national de l'Ordre des médecins

3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinales

- [ ] Elu assesseur à la chambre disciplinaire nationale
- [ ] Elu assesseur à la chambre disciplinaire de 1ère instance de
- [x] Nommé assesseur à la section des assurances sociales nationale
- [x] Désigné assesseur à la section des assurances sociales de première instance de
- [x] Membre ou conseil d'une instance collégiale, d'une commission, d'un comité ou d'un groupe de travail au sein de l'Institution ordinale.
- [x] Autre :
  Préciser le cadre : Formation restreinte

Ordre National des Médecins
Conseil National de l'Ordre

4. Autres fonctions électives

Préciser la nature et la durée du ou des mandats et le nom de la ou des organisations

5. Autres activités à l'exclusion des missions de service public

- ❑ Je déclare avoir perçu pendant les cinq années écoulées des revenus provenant d'activités (ou des parts) dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou des sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le nom et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s) ou le nombre de parts, la fonction occupée et/ou l'objet de la mission).

ORGANISMES SOCIETE SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	RÉMUNÉRATION	DÉBUT (mois/année)	FIN (mois/année)
Edupral	Formateur	❑ Aucune ☒ Au déclarant ❑ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :	2021	
		❑ Aucune ❑ Au déclarant ❑ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :		

6. Autres liens

- ❑ Je déclare avoir un lien de parenté ou d'alliance avec une ou de(s) personne(s) salariée(s) et/ou possédant des intérêts financiers dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou de sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le degré de parenté et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s), la fonction occupée).

ORGANISMES SOCIETE SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTE

Je soussigné, certifie l'exactitude des renseignements fournis dans la présente déclaration. Je m'engage à actualiser ma déclaration d'intérêts chaque fois que ces informations sont périmées et/ou doivent être complétées.

Ordre National des Médecins
Conseil National de l'Ordre

Cette déclaration ne me décharge pas de mon obligation de me récuser ou de me désister, si j'estime que j'ai des liens susceptibles d'être considérés comme pouvant porter atteinte à mon indépendance, à l'occasion d'une mission ou d'une délibération du conseil régional.

Fait à .....Lille..... Le : .....17 novembre 2022

Signature obligatoire

Déclaration à adresser au conseil régional de ....Hauts de France.

Conformément aux dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant.

Ordre National des Médecins
Conseil National de l'Ordre

DÉCLARATION D'INTÉRÊTS
DES CONSEILLERS REGIONAUX

Je soussigné(e)

Nom : OLLIVON

Prénoms : Judith, Bénédicte

1. Activités professionnelles

1.1. Activité principale exercée actuellement

- [x] **Activité libérale :**
  - [x] En cabinet
  - [ ] Dans un établissement de soins
- [ ] **Activité salariée**
  - [ ] Etablissement hospitalier
  - [ ] Autre structure (à préciser)
- [ ] **Retraité**
- [ ] **Retraité actif**

Ordre National des Médecins
Conseil National de l'Ordre

2. Mandats ordinaux

Préciser la durée du mandat 6ans

- ☒ Elu au conseil régional de Nord
- ☐ Elu au conseil départemental de
- ☐ Elu au conseil national de l'Ordre des médecins

3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinales

- ☐ Elu assesseur à la chambre disciplinaire nationale
- ☐ Elu assesseur à la chambre disciplinaire de 1ère instance de
- ☐ Nommé assesseur à la section des assurances sociales nationale
- ☐ Désigné assesseur à la section des assurances sociales de première instance de
- ☐ Membre ou conseil d'une instance collégiale, d'une commission, d'un comité ou d'un groupe de travail au sein de l'Institution ordinale.
- ☐ Autre :
  Préciser le cadre :

4. Autres fonctions électives

Préciser la nature et la durée du ou des mandats et le nom de la ou des organisations

5. Autres activités à l'exclusion des missions de service public

- ❑ Je déclare avoir perçu pendant les cinq années écoulées des revenus provenant d'activités (ou des parts) dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou des sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le nom et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s) ou le nombre de parts, la fonction occupée et/ou l'objet de la mission).

ORGANISMES SOCIETE SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	RÉMUNÉRATION	DÉBUT (mois/année)	FIN (mois/année)
		❑ Aucune ❑ Au déclarant ❑ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :		
		❑ Aucune ❑ Au déclarant ❑ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :		

6. Autres liens

- ❑ Je déclare avoir un lien de parenté ou d'alliance avec une ou de(s) personne(s) salariée(s) et/ou possédant des intérêts financiers dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou de sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le degré de parenté et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s), la fonction occupée).

ORGANISMES SOCIETE SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTE

Je soussigné, certifie l'exactitude des renseignements fournis dans la présente déclaration. Je m'engage à actualiser ma déclaration d'intérêts chaque fois que ces informations sont périmées et/ou doivent être complétées.

Ordre National des Médecins
Conseil National de l'Ordre

Cette déclaration ne me décharge pas de mon obligation de me récuser ou de me désister, si j'estime que j'ai des liens susceptibles d'être considérés comme pouvant porter atteinte à mon indépendance, à l'occasion d'une mission ou d'une délibération du conseil régional.

Fait à ....LILLE..... Le : ..13/02/2019.....

Signature obligatoire

Déclaration à adresser au conseil régional de ..NORD.....

Conformément aux dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant.

Ordre National des Médecins
Conseil National de l'Ordre

DÉCLARATION D'INTÉRÊTS
DES CONSEILLERS REGIONAUX

Je soussigné(e)

Nom : PLATEL

Prénoms : JEAN-PIERRE

1. Activités professionnelles

1.1. Activité principale exercée actuellement

- ☐ **Activité libérale :**
  - ☒ En cabinet
  - ☐ Dans un établissement de soins
- ☐ **Activité salariée**
  - ☐ Etablissement hospitalier
  - ☐ Autre structure (à préciser)
- ☐ **Retraité**
- ☐ **Retraité actif**

Ordre National des Médecins
Conseil National de l'Ordre

2. Mandats ordinaux

Préciser la durée du mandat

- [x] Elu au conseil régional de HDF
- [x] Elu au conseil départemental de NORD
- [x] Elu au conseil national de l'Ordre des médecins

3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinales

- [ ] Elu assesseur à la chambre disciplinaire nationale
- [ ] Elu assesseur à la chambre disciplinaire de 1ère instance de
- [ ] Nommé assesseur à la section des assurances sociales nationale
- [ ] Désigné assesseur à la section des assurances sociales de première instance de
- [x] Membre ou conseil d'une instance collégiale, d'une commission, d'un comité ou d'un groupe de travail au sein de l'Institution ordinale.
- [ ] Autre :
  Préciser le cadre : COMMISSION DES APPELS D'OFFRES DU CNOM

4. Autres fonctions électives

Préciser la nature et la durée du ou des mandats et le nom de la ou des organisations

5. Autres activités à l'exclusion des missions de service public

- ❑ Je déclare avoir perçu pendant les cinq années écoulées des revenus provenant d'activités (ou des parts) dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou des sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le nom et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s) ou le nombre de parts, la fonction occupée et/ou l'objet de la mission).

ORGANISMES SOCIETE SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	RÉMUNÉRATION	DÉBUT (mois/année)	FIN (mois/année)
		❑ Aucune ❑ Au déclarant ❑ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :		
		❑ Aucune ❑ Au déclarant ❑ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :		

6. Autres liens

- ❑ Je déclare avoir un lien de parenté ou d'alliance avec une ou de(s) personne(s) salariée(s) et/ou possédant des intérêts financiers dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou de sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le degré de parenté et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s), la fonction occupée).

ORGANISMES SOCIETE SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTE

Je soussigné, certifie l'exactitude des renseignements fournis dans la présente déclaration. Je m'engage à actualiser ma déclaration d'intérêts chaque fois que ces informations sont périmées et/ou doivent être complétées.

Cette déclaration ne me décharge pas de mon obligation de me récuser ou de me désister, si j'estime que j'ai des liens susceptibles d'être considérés comme pouvant porter atteinte à mon indépendance, à l'occasion d'une mission ou d'une délibération du conseil régional.

Fait à .....Lille..... Le : .....12/01/22.....

Signature obligatoire

Déclaration à adresser au conseil régional de .....

Conformément aux dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant.

Ordre National des Médecins
Conseil National de l'Ordre

DÉCLARATION D'INTÉRÊTS DES CONSEILLERS REGIONAUX

Je soussigné(e)

Nom : PRUVO

Prénoms : Jean-Pierre

1. Activités professionnelles

1.1. Activité principale exercée actuellement

- ☐ **Activité libérale :**
  - ☐ En cabinet
  - ☐ Dans un établissement de soins
- ☒ **Activité salariée**
  - ☒ Etablissement hospitalier
  - ☐ Autre structure (à préciser)
- ☐ **Retraité**
- ☐ **Retraité actif**

2. Mandats ordinaux

Préciser la durée du mandat

- ☒ Elu au conseil régional de l'ordre des médecins
- ☐ Elu au conseil départemental de
- ☐ Elu au conseil national de l'Ordre des médecins

3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinales

- ☐ Elu assesseur à la chambre disciplinaire nationale
- ☐ Elu assesseur à la chambre disciplinaire de 1ère instance de
- ☐ Nommé assesseur à la section des assurances sociales nationale
- ☐ Désigné assesseur à la section des assurances sociales de première instance de
- ☐ Membre ou conseil d'une instance collégiale, d'une commission, d'un comité ou d'un groupe de travail au sein de l'Institution ordinale.
- ☐ Autre :
  Préciser le cadre :

Ordre National des Médecins
Conseil National de l'Ordre

4. Autres fonctions électives

Préciser la nature et la durée du ou des mandats et le nom de la ou des organisations

Vice Président de la Société Française de Neuroradiologie

5. Autres activités à l'exclusion des missions de service public

- ❑ Je déclare avoir perçu pendant les cinq années écoulées des revenus provenant d'activités (ou des parts) dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou des sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le nom et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s) ou le nombre de parts, la fonction occupée et/ou l'objet de la mission).

ORGANISMES SOCIETE SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	RÉMUNÉRATION	DÉBUT (mois/année)	FIN (mois/année)
		❑ Aucune ❑ Au déclarant ❑ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :		
		❑ Aucune ❑ Au déclarant ❑ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :		

6. Autres liens

- ❑ Je déclare avoir un lien de parenté ou d'alliance avec une ou de(s) personne(s) salariée(s) et/ou possédant des intérêts financiers dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou de sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le degré de parenté et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s), la fonction occupée).

ORGANISMES SOCIETE SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTE

Je soussigné, certifie l'exactitude des renseignements fournis dans la présente déclaration. Je m'engage à actualiser ma déclaration d'intérêts chaque fois que ces informations sont périmées et/ou doivent être complétées.

Cette déclaration ne me décharge pas de mon obligation de me récuser ou de me désister, si j'estime que j'ai des liens susceptibles d'être considérés comme pouvant porter atteinte à mon indépendance, à l'occasion d'une mission ou d'une délibération du conseil régional.

Fait à Lille Le : 11 Mai 2023

Signature obligatoire

Déclaration à adresser au conseil régional de .....

Conformément aux dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant.

Ordre National des Médecins
Conseil National de l'Ordre

DÉCLARATION D'INTÉRÊTS
DES CONSEILLERS REGIONAUX

Je soussigné(e)

Nom : Rinaldi

Prénoms : Dominique

1. Activités professionnelles

1.1. Activité principale exercée actuellement

☒ **Activité libérale :**

- ☒ En cabinet
- ☐ Dans un établissement de soins

☐ **Activité salariée**

- ☐ Etablissement hospitalier
- ☐ Autre structure (à préciser)

☐ **Retraité**

☐ **Retraité actif**

Ordre National des Médecins
Conseil National de l'Ordre

2. Mandats ordinaux

Préciser la durée du mandat

- ☒ Elu au conseil régional de HDF
- ☒ Elu au conseil départemental de Somme
- ☐ Elu au conseil national de l'Ordre des médecins

3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinales

- ☐ Elu assesseur à la chambre disciplinaire nationale
- ☐ Elu assesseur à la chambre disciplinaire de 1ère instance de
- ☒ Nommé assesseur à la section des assurances sociales nationale
- ☐ Désigné assesseur à la section des assurances sociales de première instance de
- ☐ Membre ou conseil d'une instance collégiale, d'une commission, d'un comité ou d'un groupe de travail au sein de l'Institution ordinale.
- ☐ Autre :
  Préciser le cadre :

4. Autres fonctions électives

Préciser la nature et la durée du ou des mandats et le nom de la ou des organisations

5. Autres activités à l'exclusion des missions de service public

- ❑ Je déclare avoir perçu pendant les cinq années écoulées des revenus provenant d'activités (ou des parts) dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou des sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le nom et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s) ou le nombre de parts, la fonction occupée et/ou l'objet de la mission).

ORGANISMES SOCIETE SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	RÉMUNÉRATION	DÉBUT (mois/année)	FIN (mois/année)
		❑ Aucune ❑ Au déclarant ❑ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :		
		❑ Aucune ❑ Au déclarant ❑ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :		

6. Autres liens

- ❑ Je déclare avoir un lien de parenté ou d'alliance avec une ou de(s) personne(s) salariée(s) et/ou possédant des intérêts financiers dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou de sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le degré de parenté et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s), la fonction occupée).

ORGANISMES SOCIETE SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTE

Je soussigné, certifie l'exactitude des renseignements fournis dans la présente déclaration. Je m'engage à actualiser ma déclaration d'intérêts chaque fois que ces informations sont périmées et/ou doivent être complétées.

Cette déclaration ne me décharge pas de mon obligation de me récuser ou de me désister, si j'estime que j'ai des liens susceptibles d'être considérés comme pouvant porter atteinte à mon indépendance, à l'occasion d'une mission ou d'une délibération du conseil régional.

Fait à .....Lille..... Le : ....17/11/2022....

Signature obligatoire

Déclaration à adresser au conseil régional de .....HDF.....

Conformément aux dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant.

Ordre National des Médecins
Conseil National de l'Ordre

DÉCLARATION D'INTÉRÊTS
DES CONSEILLERS REGIONAUX

Je soussigné(e)

Nom : Roumel

Prénoms : Franck, Jean, Claude, Antoine

1. Activités professionnelles

1.1. Activité principale exercée actuellement

- ☐ **Activité libérale :**
  - ☐ En cabinet
  - ☐ Dans un établissement de soins
- ☐ **Activité salariée**
  - ☐ Etablissement hospitalier
  - ☒ Autre structure (à préciser) enseignement
- ☐ **Retraité**
- ☐ **Retraité actif**

☐

2. Mandats ordinaux

Préciser la durée du mandat

- ☒ Elu au conseil régional de HDF
- ☒ Elu au conseil départemental de Nord
- ☐ Elu au conseil national de l'Ordre des médecins

3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinales

- ☐ Elu assesseur à la chambre disciplinaire nationale
- ☐ Elu assesseur à la chambre disciplinaire de 1ère instance de
- ☐ Nommé assesseur à la section des assurances sociales nationale
- ☐ Désigné assesseur à la section des assurances sociales de première instance de
- ☐ Membre ou conseil d'une instance collégiale, d'une commission, d'un comité ou d'un groupe de travail au sein de l'Institution ordinale.
- ☐ Autre :
  Préciser le cadre :

4. Autres fonctions électives

Préciser la nature et la durée du ou des mandats et le nom de la ou des organisations

5. Autres activités à l'exclusion des missions de service public

- ❑ Je déclare avoir perçu pendant les cinq années écoulées des revenus provenant d'activités (ou des parts) dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou des sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le nom et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s) ou le nombre de parts, la fonction occupée et/ou l'objet de la mission).

ORGANISMES SOCIETE SERVICES…	FONCTION OCCUPÉE	RÉMUNÉRATION	DÉBUT (mois/année)	FIN (mois/année)
		❑ Aucune ❑ Au déclarant ❑ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :		
		❑ Aucune ❑ Au déclarant ❑ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :		

6. Autres liens

- ❑ Je déclare avoir un lien de parenté ou d'alliance avec une ou de(s) personne(s) salariée(s) et/ou possédant des intérêts financiers dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou de sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le degré de parenté et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s), la fonction occupée).

ORGANISMES SOCIETE SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTE

Je soussigné, certifie l'exactitude des renseignements fournis dans la présente déclaration. Je m'engage à actualiser ma déclaration d'intérêts chaque fois que ces informations sont périmées et/ou doivent être complétées.

Ordre National des Médecins
Conseil National de l'Ordre

Cette déclaration ne me décharge pas de mon obligation de me récuser ou de me désister, si j'estime que j'ai des liens susceptibles d'être considérés comme pouvant porter atteinte à mon indépendance, à l'occasion d'une mission ou d'une délibération du conseil régional.

Fait à .....Lille..... Le : .....17 11 22.....

Signature obligatoire

Déclaration à adresser au conseil régional de ....HDF.....

Conformément aux dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant.

Ordre National des Médecins
Conseil National de l'Ordre

DÉCLARATION D'INTÉRÊTS
DES CONSEILLERS REGIONAUX

Je soussigné(e)

Nom : SOTTEAU-VONACHEN

Prénoms : Béatrice, Brigitte, Marie

1. Activités professionnelles

1.1. Activité principale exercée actuellement

- ☐ **Activité libérale :**
  - ☐ En cabinet
  - ☐ Dans un établissement de soins
- ☐ **Activité salariée**
  - ☐ Etablissement hospitalier
  - ☒ Autre structure (à préciser) : - Fonction publique territoriale. - Ministère de la justice
- ☐ **Retraité**
- ☐ **Retraité actif**

Ordre National des Médecins
Conseil National de l'Ordre

2. Mandats ordinaux

Préciser la durée du mandat

- [x] Elu au conseil régional de Hauts de France (6 ans)
- [x] Elu au conseil départemental de Somme (suppléante)
- [ ] Elu au conseil national de l'Ordre des médecins

3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinales

- [ ] Elu assesseur à la chambre disciplinaire nationale
- [x] Elu assesseur à la chambre disciplinaire de 1ère instance de Picardie
- [ ] Nommé assesseur à la section des assurances sociales nationale
- [ ] Désigné assesseur à la section des assurances sociales de première instance de
- [ ] Membre ou conseil d'une instance collégiale, d'une commission, d'un comité ou d'un groupe de travail au sein de l'Institution ordinale.
- [ ] Autre :
  Préciser le cadre :

4. Autres fonctions électives

Préciser la nature et la durée du ou des mandats et le nom de la ou des organisations

5. Autres activités à l'exclusion des missions de service public

- ❑ Je déclare avoir perçu pendant les cinq années écoulées des revenus provenant d'activités (ou des parts) dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou des sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le nom et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s) ou le nombre de parts, la fonction occupée et/ou l'objet de la mission).

ORGANISMES SOCIETE SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	RÉMUNÉRATION	DÉBUT (mois/année)	FIN (mois/année)
		❑ Aucune ❑ Au déclarant ❑ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :		
		❑ Aucune ❑ Au déclarant ❑ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :		

6. Autres liens

- ❑ Je déclare avoir un lien de parenté ou d'alliance avec une ou de(s) personne(s) salariée(s) et/ou possédant des intérêts financiers dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou de sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le degré de parenté et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s), la fonction occupée).

ORGANISMES SOCIETE SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTE

Je soussigné, certifie l'exactitude des renseignements fournis dans la présente déclaration. Je m'engage à actualiser ma déclaration d'intérêts chaque fois que ces informations sont périmées et/ou doivent être complétées.

Ordre National des Médecins
Conseil National de l'Ordre

Cette déclaration ne me décharge pas de mon obligation de me récuser ou de me désister, si j'estime que j'ai des liens susceptibles d'être considérés comme pouvant porter atteinte à mon indépendance, à l'occasion d'une mission ou d'une délibération du conseil régional.

Fait à Amiens Le : 13/02/2019

Signature obligatoire

Déclaration à adresser au conseil régional de Hauts de France.

Conformément aux dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant.

Ordre National des Médecins
Conseil National de l'Ordre

DÉCLARATION D'INTÉRÊTS
DES CONSEILLERS REGIONAUX

Je soussigné(e)

Nom : THOMAS - AUTRET

Prénoms : ELISE, ARMELLE

1. Activités professionnelles

1.1. Activité principale exercée actuellement

☑ **Activité libérale :**

- ☒ En cabinet
- ☐ Dans un établissement de soins

☐ **Activité salariée**

- ☐ Etablissement hospitalier
- ☐ Autre structure (à préciser)

☐ **Retraité**

☐ **Retraité actif**

Ordre National des Médecins
Conseil National de l'Ordre

2. Mandats ordinaux

Préciser la durée du mandat

- ☒ Elu au conseil régional de Hauts de FRANCE
- ☒ Elu au conseil départemental de Somme
- ☐ Elu au conseil national de l'Ordre des médecins

3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinales

- ☐ Elu assesseur à la chambre disciplinaire nationale
- ☐ Elu assesseur à la chambre disciplinaire de 1ère instance de
- ☐ Nommé assesseur à la section des assurances sociales nationale
- ☐ Désigné assesseur à la section des assurances sociales de première instance de
- ☐ Membre ou conseil d'une instance collégiale, d'une commission, d'un comité ou d'un groupe de travail au sein de l'Institution ordinale.
- ☐ Autre :
  Préciser le cadre :

4. Autres fonctions électives

Préciser la nature et la durée du ou des mandats et le nom de la ou des organisations

5. Autres activités à l'exclusion des missions de service public

- ❑ Je déclare avoir perçu pendant les cinq années écoulées des revenus provenant d'activités (ou des parts) dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou des sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le nom et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s) ou le nombre de parts, la fonction occupée et/ou l'objet de la mission).

ORGANISMES SOCIETE SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	RÉMUNÉRATION	DÉBUT (mois/année)	FIN (mois/année)
		❑ Aucune ❑ Au déclarant ❑ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :		
		❑ Aucune ❑ Au déclarant ❑ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :		

6. Autres liens

- ❑ Je déclare avoir un lien de parenté ou d'alliance avec une ou de(s) personne(s) salariée(s) et/ou possédant des intérêts financiers dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou de sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le degré de parenté et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s), la fonction occupée).

ORGANISMES SOCIETE SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTE

Je soussigné, certifie l'exactitude des renseignements fournis dans la présente déclaration. Je m'engage à actualiser ma déclaration d'intérêts chaque fois que ces informations sont périmées et/ou doivent être complétées.

Cette déclaration ne me décharge pas de mon obligation de me récuser ou de me désister, si j'estime que j'ai des liens susceptibles d'être considérés comme pouvant porter atteinte à mon indépendance, à l'occasion d'une mission ou d'une délibération du conseil régional.

Fait à Lille Le : 13/02/2019

Signature obligatoire

Déclaration à adresser au conseil régional de .....

Conformément aux dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant.

2

DÉCLARATION D'INTÉRÊTS
DES CONSEILLERS REGIONAUX

Je soussigné(e)

Nom : Tilly née Dufour

Prénoms : Anita

1. Activités professionnelles

1.1. Activité principale exercée actuellement

- ☐ **Activité libérale :**
  - ☒ En cabinet
  - ☐ Dans un établissement de soins
- ☐ **Activité salariée**
  - ☐ Etablissement hospitalier
  - ☒ Autre structure (à préciser) EHPAD
- ☐ **Retraité**
- ☐ **Retraité actif**

2. Mandats ordinaux

Préciser la durée du mandat

- ☒ Elu au conseil régional des Hauts de France jusque 2028
- ☒ Elu au conseil départemental du Nord jusque 2025
- ☐ Elu au conseil national de l'Ordre des médecins

3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinales

- ☐ Elu assesseur à la chambre disciplinaire nationale
- ☐ Elu assesseur à la chambre disciplinaire de 1ère instance de
- ☐ Nommé assesseur à la section des assurances sociales nationale
- ☐ Désigné assesseur à la section des assurances sociales de première instance de
- ☐ Membre ou conseil d'une instance collégiale, d'une commission, d'un comité ou d'un groupe de travail au sein de l'Institution ordinale.
- ☐ Autre :
  Préciser le cadre :

4. Autres fonctions électives

Préciser la nature et la durée du ou des mandats et le nom de la ou des organisations

Secrétaire adjointe du SNEMG 1an.
Comité d'administration du CEMG Nord Pas de Calais
jusque 2024

5. Autres activités à l'exclusion des missions de service public

- ☐ Je déclare avoir perçu pendant les cinq années écoulées des revenus provenant d'activités (ou des parts) dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou des sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le nom et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s) ou le nombre de parts, la fonction occupée et/ou l'objet de la mission).

ORGANISMES SOCIETE SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	RÉMUNÉRATION	DÉBUT (mois/année)	FIN (mois/année)
		☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)		
		☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)		

6. Autres liens

- ❑ Je déclare avoir un lien de parenté ou d'alliance avec une ou de(s) personne(s) salariée(s) et/ou possédant des intérêts financiers dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou de sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le degré de parenté et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s), la fonction occupée).

ORGANISMES SOCIETE SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTE

Je soussigné, certifie l'exactitude des renseignements fournis dans la présente déclaration. Je m'engage à actualiser ma déclaration d'intérêts chaque fois que ces informations sont périmées et/ou doivent être complétées.

2

Cette déclaration ne me décharge pas de mon obligation de me récuser ou de me désister, si j'estime que j'ai des liens susceptibles d'être considérés comme pouvant porter atteinte à mon indépendance, à l'occasion d'une mission ou d'une délibération du conseil régional.

Fait à .....Radinghem en Weppes..... Le : .....25/3/22.....

Signature obligatoire

Déclaration à adresser au conseil régional des...Hauts de France

Conformément aux dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant.

Ordre National des Médecins
Conseil National de l'Ordre

DÉCLARATION D'INTÉRÊTS
DES CONSEILLERS REGIONAUX

Je soussigné(e)

Nom : TRINH

Prénoms : Mu Huyen Tran

1. Activités professionnelles

1.1. Activité principale exercée actuellement

- ☐ **Activité libérale :**
  - ☐ En cabinet
  - ☐ Dans un établissement de soins
- ☒ **Activité salariée**
  - ☒ Etablissement hospitalier
  - ☐ Autre structure (à préciser)
- ☐ **Retraité**
- ☐ **Retraité actif**

Ordre National des Médecins
Conseil National de l'Ordre

2. Mandats ordinaux

Préciser la durée du mandat

- ☒ Elu au conseil régional de HdF 2020
- ☐ Elu au conseil départemental de
- ☐ Elu au conseil national de l'Ordre des médecins

3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinales

- ☐ Elu assesseur à la chambre disciplinaire nationale
- ☐ Elu assesseur à la chambre disciplinaire de 1ère instance de
- ☐ Nommé assesseur à la section des assurances sociales nationale
- ☐ Désigné assesseur à la section des assurances sociales de première instance de
- ☐ Membre ou conseil d'une instance collégiale, d'une commission, d'un comité ou d'un groupe de travail au sein de l'Institution ordinale.
- ☐ Autre :
  Préciser le cadre :

4. Autres fonctions électives

Préciser la nature et la durée du ou des mandats et le nom de la ou des organisations

Cellule de Prévention de la Radicalisation et d'Aide aux Familles (CPRAF) à la Préfecture du Nord -

5. Autres activités à l'exclusion des missions de service public

- ❑ Je déclare avoir perçu pendant les cinq années écoulées des revenus provenant d'activités (ou des parts) dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou des sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le nom et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s) ou le nombre de parts, la fonction occupée et/ou l'objet de la mission).

ORGANISMES SOCIETE SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	RÉMUNÉRATION	DÉBUT (mois/année)	FIN (mois/année)
		❑ Aucune ❑ Au déclarant ❑ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :		
		❑ Aucune ❑ Au déclarant ❑ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :		

6. Autres liens

- ❑ Je déclare avoir un lien de parenté ou d'alliance avec une ou de(s) personne(s) salariée(s) et/ou possédant des intérêts financiers dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou de sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le degré de parenté et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s), la fonction occupée).

ORGANISMES SOCIETE SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTE

Je soussigné, certifie l'exactitude des renseignements fournis dans la présente déclaration. Je m'engage à actualiser ma déclaration d'intérêts chaque fois que ces informations sont périmées et/ou doivent être complétées.

Cette déclaration ne me décharge pas de mon obligation de me récuser ou de me désister, si j'estime que j'ai des liens susceptibles d'être considérés comme pouvant porter atteinte à mon indépendance, à l'occasion d'une mission ou d'une délibération du conseil régional.

Fait à .....Lille..... Le : .....12/03/19.....

Signature obligatoire

Déclaration à adresser au conseil régional de ...H.d.F.....

Conformément aux dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant.

DÉCLARATION D'INTÉRÊTS
DES CONSEILLERS REGIONAUX

Je soussigné(e)

Nom : Vandermeersch.

Prénoms : Jean-Willem. Luc François Louis Gabriel Mirina.

1. Activités professionnelles

1.1. Activité principale exercée actuellement

☑ **Activité libérale :**

- ☑ En cabinet
- ☑ Dans un établissement de soins

☐ **Activité salariée**

- ☐ Etablissement hospitalier
- ☐ Autre structure (à préciser) MAS Quelque Dossier de Rouble Ale.

☐ **Retraité**

☐ **Retraité actif**

2. Mandats ordinaux

Préciser la durée du mandat

- ❑ Elu au conseil régional de Haut de France.
- ❑ Elu au conseil départemental de pas de Calais
- ❑ Elu au conseil national de l'Ordre des médecins

3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinales

- ❑ Elu assesseur à la chambre disciplinaire nationale
- ❑ Elu assesseur à la chambre disciplinaire de 1ère instance de Nord pas de Calais
- ❑ Nommé assesseur à la section des assurances sociales nationale
- ❑ Désigné assesseur à la section des assurances sociales de première instance de
- ❑ Membre ou conseil d'une instance collégiale, d'une commission, d'un comité ou d'un groupe de travail au sein de l'Institution ordinale.
- ❑ Autre :
  Préciser le cadre :

4. Autres fonctions électives

Préciser la nature et la durée du ou des mandats et le nom de la ou des organisations

5. Autres activités à l'exclusion des missions de service public

- ❑ Je déclare avoir perçu pendant les cinq années écoulées des revenus provenant d'activités (ou des parts) dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou des sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le nom et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s) ou le nombre de parts, la fonction occupée et/ou l'objet de la mission).

ORGANISMES SOCIETE SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	RÉMUNÉRATION	DÉBUT (mois/année)	FIN (mois/année)
		❑ Aucune ❑ Au déclarant ❑ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :		
		❑ Aucune ❑ Au déclarant ❑ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :		

6. Autres liens

- ❑ Je déclare avoir un lien de parenté ou d'alliance avec une ou de(s) personne(s) salariée(s) et/ou possédant des intérêts financiers dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou de sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le degré de parenté et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s), la fonction occupée).

ORGANISMES SOCIETE SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTE

Je soussigné, certifie l'exactitude des renseignements fournis dans la présente déclaration. Je m'engage à actualiser ma déclaration d'intérêts chaque fois que ces informations sont périmées et/ou doivent être complétées.

Cette déclaration ne me décharge pas de mon obligation de me récuser ou de me désister, si j'estime que j'ai des liens susceptibles d'être considérés comme pouvant porter atteinte à mon indépendance, à l'occasion d'une mission ou d'une délibération du conseil régional.

Fait à ...Lille..... Le : ...12/03/2017.....

Signature obligatoire

Déclaration à adresser au conseil régional de Haut de France .

Conformément aux dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant.

DÉCLARATION D'INTÉRÊTS
DES CONSEILLERS REGIONAUX

Je soussigné(e)

Nom : VERON

Prénoms : [illegible]

1. Activités professionnelles

1.1. Activité principale exercée actuellement

- ☐ **Activité libérale :**
  - ☒ En cabinet
  - ☐ Dans un établissement de soins
- ☐ **Activité salariée**
  - ☐ Etablissement hospitalier
  - ☐ Autre structure (à préciser)
- ☐ **Retraité**
- ☐ **Retraité actif**

2. Mandats ordinaux

Préciser la durée du mandat

- [x] Elu au conseil régional de HDF
- [x] Elu au conseil départemental de l'oise
- [ ] Elu au conseil national de l'Ordre des médecins

3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinales

- [ ] Elu assesseur à la chambre disciplinaire nationale
- [ ] Elu assesseur à la chambre disciplinaire de 1ère instance de
- [ ] Nommé assesseur à la section des assurances sociales nationale
- [ ] Désigné assesseur à la section des assurances sociales de première instance de
- [ ] Membre ou conseil d'une instance collégiale, d'une commission, d'un comité ou d'un groupe de travail au sein de l'Institution ordinale.
- [ ] Autre :
  Préciser le cadre :

4. Autres fonctions électives

Préciser la nature et la durée du ou des mandats et le nom de la ou des organisations

Néant

5. Autres activités à l'exclusion des missions de service public

- ❑ Je déclare avoir perçu pendant les cinq années écoulées des revenus provenant d'activités (ou des parts) dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou des sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le nom et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s) ou le nombre de parts, la fonction occupée et/ou l'objet de la mission).

ORGANISMES SOCIETE SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	RÉMUNÉRATION	DÉBUT (mois/année)	FIN (mois/année)
		❑ Aucune ❑ Au déclarant ❑ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :		
		❑ Aucune ❑ Au déclarant ❑ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :		

6. Autres liens

☒ Je déclare avoir un lien de parenté ou d'alliance avec une ou de(s) personne(s) salariée(s) et/ou possédant des intérêts financiers dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou de sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le degré de parenté et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s), la fonction occupée).

ORGANISMES SOCIETE SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTE
[illegible]	Responsable [illegible]	Soeur

Je soussigné, certifie l'exactitude des renseignements fournis dans la présente déclaration. Je m'engage à actualiser ma déclaration d'intérêts chaque fois que ces informations sont périmées et/ou doivent être complétées.

En cas de doute, voir transparence - [illegible]

Cette déclaration ne me décharge pas de mon obligation de me récuser ou de me désister, si j'estime que j'ai des liens susceptibles d'être considérés comme pouvant porter atteinte à mon indépendance, à l'occasion d'une mission ou d'une délibération du conseil régional.

Fait à ..... Le : 15 04 21

Signature obligatoire

RPPS 1000 180 27 91

Déclaration à adresser au conseil régional de .....IDF.....

Conformément aux dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant.

Ordre National des Médecins
Conseil National de l'Ordre

DÉCLARATION D'INTÉRÊTS
DES CONSEILLERS REGIONAUX

Je soussigné(e)

Nom : VOGEL

Prénoms : Marc

1. Activités professionnelles

1.1. Activité principale exercée actuellement

- ☐ **Activité libérale :**
  - ☒ En cabinet
  - ☐ Dans un établissement de soins
- ☐ **Activité salariée**
  - ☐ Etablissement hospitalier
  - ☒ Autre structure (à préciser) Ministère de l'Intérieur.
- ☐ **Retraité**
- ☐ **Retraité actif**

Ordre National des Médecins
Conseil National de l'Ordre

2. Mandats ordinaux

Préciser la durée du mandat

- ☒ Elu au conseil régional de Hauts de France
- ☒ Elu au conseil départemental de Nord.
- ☐ Elu au conseil national de l'Ordre des médecins

3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinales

- ☐ Elu assesseur à la chambre disciplinaire nationale
- ☐ Elu assesseur à la chambre disciplinaire de 1ère instance de
- ☐ Nommé assesseur à la section des assurances sociales nationale
- ☐ Désigné assesseur à la section des assurances sociales de première instance de
- ☐ Membre ou conseil d'une instance collégiale, d'une commission, d'un comité ou d'un groupe de travail au sein de l'Institution ordinale.
- ☐ Autre :
  Préciser le cadre :

4. Autres fonctions électives

Préciser la nature et la durée du ou des mandats et le nom de la ou des organisations

5. Autres activités à l'exclusion des missions de service public

- ❑ Je déclare avoir perçu pendant les cinq années écoulées des revenus provenant d'activités (ou des parts) dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou des sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le nom et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s) ou le nombre de parts, la fonction occupée et/ou l'objet de la mission).

ORGANISMES SOCIETE SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	RÉMUNÉRATION	DÉBUT (mois/année)	FIN (mois/année)
		❑ Aucune ❑ Au déclarant ❑ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :		
		❑ Aucune ❑ Au déclarant ❑ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :		

6. Autres liens

- ❑ Je déclare avoir un lien de parenté ou d'alliance avec une ou de(s) personne(s) salariée(s) et/ou possédant des intérêts financiers dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou de sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le degré de parenté et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s), la fonction occupée).

ORGANISMES SOCIETE SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTE

Je soussigné, certifie l'exactitude des renseignements fournis dans la présente déclaration. Je m'engage à actualiser ma déclaration d'intérêts chaque fois que ces informations sont périmées et/ou doivent être complétées.

Cette déclaration ne me décharge pas de mon obligation de me récuser ou de me désister, si j'estime que j'ai des liens susceptibles d'être considérés comme pouvant porter atteinte à mon indépendance, à l'occasion d'une mission ou d'une délibération du conseil régional.

Fait à ..... Le : 13/2/19.

Signature obligatoire

Déclaration à adresser au conseil régional de .....

Conformément aux dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant.