

## DÉCLARATION D'INTÉRÊTS DES CONSEILLERS DÉPARTEMENTAUX

Je soussigné(e)

Nom : BAUYARD

Prénoms : SONIA

### 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) Groupe Courtonne
- Retraité**
- Retraité actif**

## 2. Mandats ordinaires

Préciser la durée du mandat

- Elu au conseil départemental de la *Mayenne*
- Elu au conseil régional de
- Elu au conseil national de l'Ordre des médecins

## 3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinaires

- Elu assesseur à la chambre disciplinaire nationale
- Elu assesseur à la chambre disciplinaire de 1<sup>ère</sup> 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 ordinaire.
- 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)
		<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :		
		<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> 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).

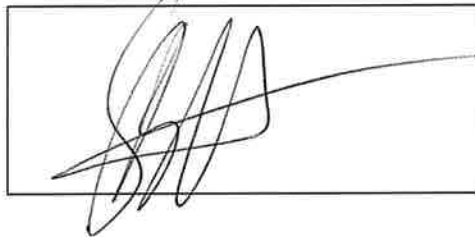
ORGANISMES SOCIETE SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTE

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 départemental.

Fait à REIMS..... Le : 18/04/2024.....

Signature obligatoire



*Déclaration à adresser au conseil départemental de la Seine -*

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 DÉPARTEMENTAUX

Je soussigné(e)

Nom : *BLATEAU*

Prénoms : *SEBASTIEN*

### 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 ordinaires

Préciser la durée du mandat

- Elu au conseil départemental de *LA MANCHE*
- Elu au conseil régional de
- Elu au conseil national de l'Ordre des médecins

## 3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinaires

- Elu assesseur à la chambre disciplinaire nationale
- Elu assesseur à la chambre disciplinaire de 1<sup>ère</sup> 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 ordinaire.
- 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 SOCIÉTÉ SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	RÉMUNÉRATION	DÉBUT (mois/année)	FIN (mois/année)
		<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :		
		<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> 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).

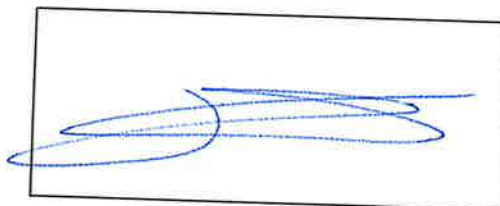
ORGANISMES SOCIETE SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTE

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 départemental.

Fait à ..... ROCHES ..... Le : ..... 18/04/25 .....

Signature obligatoire



*Déclaration à adresser au conseil départemental de ... LA...A...A...*

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 DEPARTEMENTAUX

Je soussigné(e)

Nom : *BOUWENS Cécile*

Prénoms : *Simone Andrée Maria*

### 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) *privé*

**Retraité**

**Retraité actif**

## 2. Mandats ordinaires

Préciser la durée du mandat

Elu au conseil départemental de *la Nerse*

Elu au conseil régional de

Elu au conseil national de l'Ordre des médecins

## 3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinaires

Elu assesseur à la chambre disciplinaire nationale

Elu assesseur à la chambre disciplinaire de 1<sup>ère</sup> 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 ordinaire.

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)
		<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :		
		<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> 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).

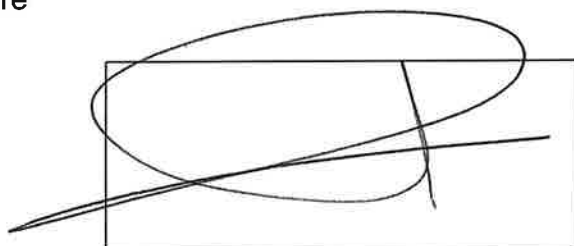
ORGANISMES SOCIETE SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTE

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 départemental.

Fait à Beauregard ..... Le : 18/4/2014 .....

Signature obligatoire



**Déclaration à adresser au conseil départemental de** la Morne .....

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 DÉPARTEMENTAUX



Je soussigné(e)

Nom : BRETON

Prénoms : Anne

### 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 ordinaires

Préciser la durée du mandat

- Elu au conseil départemental de *La Narne (6 ans)*
- Elu au conseil régional de
- Elu au conseil national de l'Ordre des médecins

## 3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinaires

- Elu assesseur à la chambre disciplinaire nationale
- Elu assesseur à la chambre disciplinaire de 1<sup>ère</sup> 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 ordinaire.
- 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 SOCIÉTÉ SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	RÉMUNÉRATION	DÉBUT (mois/année)	FIN (mois/année)
		<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :		
		<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> 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).

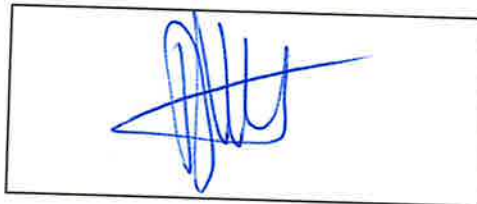
ORGANISMES SOCIETE SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTE

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 départemental.

Fait à Betheny ..... Le : 16/05/2024 .....

Signature obligatoire



Déclaration à adresser au conseil départemental de Marne .....

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.

03 MAI 2024

## DÉCLARATION D'INTÉRÊTS DES CONSEILLERS DÉPARTEMENTAUX

Je soussigné(e)

Nom : *CAQUOT*

Prénoms : *Louis-Nicolas*

### 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 ordinaires

Préciser la durée du mandat

- Elu au conseil départemental de *La Nerue*
- Elu au conseil régional de
- Elu au conseil national de l'Ordre des médecins

## 3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinaires

- Elu assesseur à la chambre disciplinaire nationale
- Elu assesseur à la chambre disciplinaire de 1<sup>ère</sup> 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 ordinaire.
- 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)
		<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :		
		<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> 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).

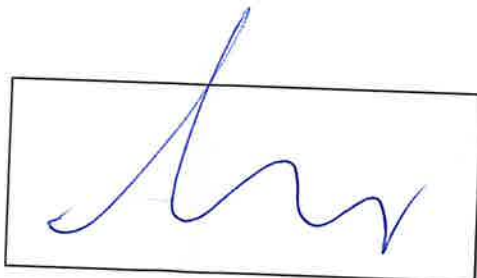
ORGANISMES SOCIETE SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTE

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 départemental.

Fait à ..... Reims ..... Le : ..... 22 Mai 2024 .....

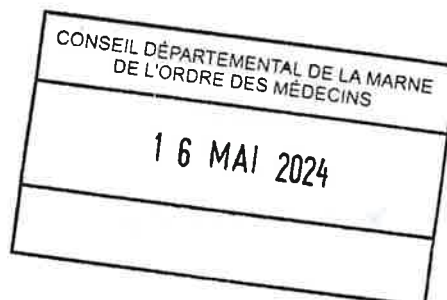
Signature obligatoire



*Déclaration à adresser au conseil départemental 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 DÉPARTEMENTAUX



Je soussigné(e)

Nom : CHARLES

Prénoms : Brigitte Michèle Paulé

### 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 ordinaires

Préciser la durée du mandat

Elu au conseil départemental de *la Marne (en cours)*

Elu au conseil régional de

Elu au conseil national de l'Ordre des médecins

## 3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinaires

Elu assesseur à la chambre disciplinaire nationale

Elu assesseur à la chambre disciplinaire de 1<sup>ère</sup> 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 ordinaire.

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)
		<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :		
		<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> 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).

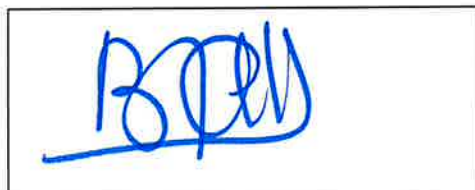
ORGANISMES SOCIETE SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTE

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 départemental.

Fait à Réthény ..... Le : 16.05.2024 .....

Signature obligatoire



*Déclaration à adresser au conseil départemental 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 DÉPARTEMENTAUX



Je soussigné(e)

Nom : CHARLOT

Prénoms : Marie Anne

### 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 ordinaires

Préciser la durée du mandat

- Elu au conseil départemental de *la Marne pendant 6 ans*
- Elu au conseil régional de
- Elu au conseil national de l'Ordre des médecins

## 3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinaires

- Elu assesseur à la chambre disciplinaire nationale
- Elu assesseur à la chambre disciplinaire de 1<sup>ère</sup> 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 ordinaire.
- 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)
		<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :		
		<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> 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 départemental.

Fait à Reims ..... Le : 16/04/2024 .....

Signature obligatoire

**Déclaration à adresser au conseil départemental de la Marne**

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**

## DÉCLARATION D'INTÉRÊTS DES CONSEILLERS DÉPARTEMENTAUX

Je soussigné(e)

Nom : CORNIBERT

Prénoms : Marc Etienne

### 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**

(Commission médicale du  
Pommes de cordillère).

**Retraité actif**

## 2. Mandats ordinaires

Préciser la durée du mandat

- Elu au conseil départemental de *la Haute*
- Elu au conseil régional de
- Elu au conseil national de l'Ordre des médecins

## 3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinaires

- Elu assesseur à la chambre disciplinaire nationale
- Elu assesseur à la chambre disciplinaire de 1<sup>ère</sup> 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 ordinaire.
- 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

*(Handwritten marks: a diagonal slash and a curved line)*

#### 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)
		<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :		
		<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> 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 départemental.

Fait à Reims Le : 18/4/2024

Signature obligatoire



**Déclaration à adresser au conseil départemental de** la Marne

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 DÉPARTEMENTAUX

Je soussigné(e)

Nom : COUPTEAU

Prénoms : Alexandra

### 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 ordinaires

Préciser la durée du mandat

- Elu au conseil départemental de *Rain*
- Elu au conseil régional de
- Elu au conseil national de l'Ordre des médecins

## 3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinaires

- Elu assesseur à la chambre disciplinaire nationale
- Elu assesseur à la chambre disciplinaire de 1<sup>ère</sup> 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 ordinaire.
- 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

- URPS grand Est
- CPL de la région
- FNAR vice-présidente

#### 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 SOCIÉTÉ SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	RÉMUNÉRATION	DÉBUT (mois/année)	FIN (mois/année)
		<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :		
		<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> 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).

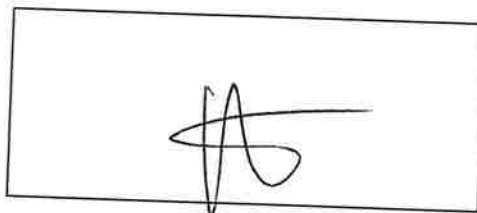
ORGANISMES SOCIETE SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTE

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 départemental.

Fait à Bethune ..... Le : 18/06/2024 .....

Signature obligatoire



*Déclaration à adresser au conseil départemental 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 DÉPARTEMENTAUX

CONSEIL DÉPARTEMENTAL DE LA MARNE DE L'ORDRE DES MÉDECINS
16 MAI 2024

Je soussigné(e)

Nom : DANAGON

Prénoms : HENRI

### 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)

ASSURANCE  
PAPILLONS - BLANCS -

Retraité

Retraité actif

## 2. Mandats ordinaires

Préciser la durée du mandat

Elu au conseil départemental de

la MARNE

Elu au conseil régional de

Elu au conseil national de l'Ordre des médecins

## 3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinaires

Elu assesseur à la chambre disciplinaire nationale

Elu assesseur à la chambre disciplinaire de 1<sup>ère</sup> 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 ordinaire.

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)
		<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :		
		<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> 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).

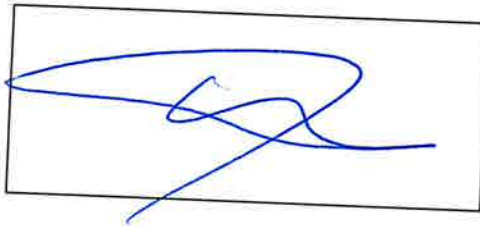
ORGANISMES SOCIETE SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTE

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 départemental.

Fait à Reims ..... Le : 16/05/2024 .....

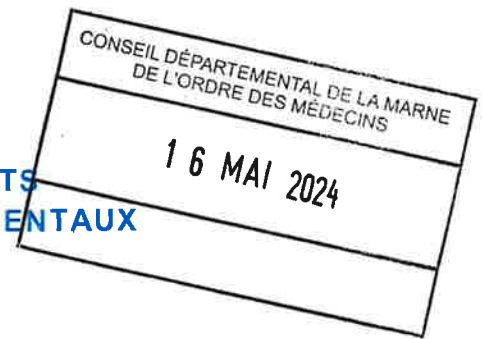
Signature obligatoire



*Déclaration à adresser au conseil départemental 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 DÉPARTEMENTAUX



Je soussigné(e)

Nom : *DARAGON*

Prénoms : *Nelle*

### 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 ordinaires

Préciser la durée du mandat

- Elu au conseil départemental de *la Sarthe*
- Elu au conseil régional de
- Elu au conseil national de l'Ordre des médecins

## 3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinaires

- Elu assesseur à la chambre disciplinaire nationale
- Elu assesseur à la chambre disciplinaire de 1<sup>ère</sup> 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 ordinaire.
- 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 SOCIÉTÉ SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	RÉMUNÉRATION	DÉBUT (mois/année)	FIN (mois/année)
		<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :		
		<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> 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).

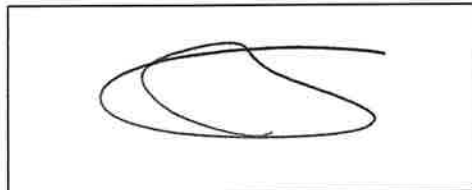
ORGANISMES SOCIETE SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTE

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 départemental.

Fait à Reims ..... Le : 15.10.2014 .....

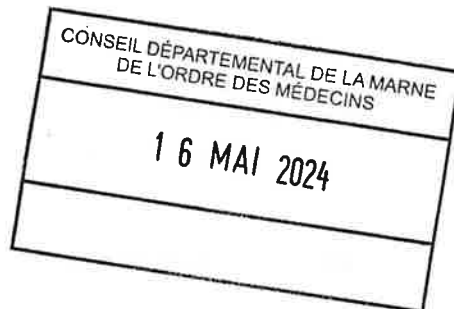
Signature obligatoire



*Déclaration à adresser au conseil départemental de ...la...Aisne*

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 DÉPARTEMENTAUX



Je soussigné(e)

Nom : *DETOUN*

Prénoms : *Jérôme*

### 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 ordinaires

Préciser la durée du mandat

Elu au conseil départemental de

*En Maine*

Elu au conseil régional de

Elu au conseil national de l'Ordre des médecins

## 3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinaires

Elu assesseur à la chambre disciplinaire nationale

Elu assesseur à la chambre disciplinaire de 1<sup>ère</sup> 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 ordinaire.

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)
		<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :		
		<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> 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).

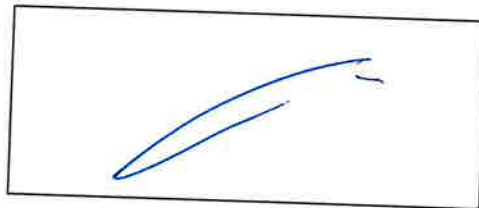
ORGANISMES SOCIETE SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTE

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 départemental.

Fait à Reims ..... Le : 16/05/2024

Signature obligatoire



Déclaration à adresser au conseil départemental de La Réunion

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 DEPARTEMENTAUX

Je soussigné(e)

Nom : FAUCON

Prénoms : Jean-Luc

### 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 ordinaires

Préciser la durée du mandat

- Elu au conseil départemental de *La Haute*
- Elu au conseil régional de
- Elu au conseil national de l'Ordre des médecins

## 3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinaires

- Elu assesseur à la chambre disciplinaire nationale
- Elu assesseur à la chambre disciplinaire de 1<sup>ère</sup> 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 ordinaire.
- 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

*conseiller municipal (Blanca - Cobreaux)*

#### 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)
		<input type="checkbox"/> Aucune <input checked="" type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :		
		<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> 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).

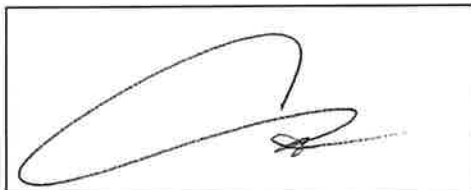
ORGANISMES SOCIETE SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTE

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 départemental.

Fait à Reims ..... Le : 18-04-2011 .....

Signature obligatoire



*Déclaration à adresser au conseil départemental de la Marne*

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 DÉPARTEMENTAUX

Je soussigné(e)

Nom : FERNEZ

Prénoms : KARYNE LOUISE JEANNE

### 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 ordinaires

Préciser la durée du mandat

- Elu au conseil départemental de la Marne depuis 3 Ans
- Elu au conseil régional de
- Elu au conseil national de l'Ordre des médecins

## 3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinaires

- Elu assesseur à la chambre disciplinaire nationale
- Elu assesseur à la chambre disciplinaire de 1<sup>ère</sup> 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 ordinaire.
- 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)
		<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :		
		<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> 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).

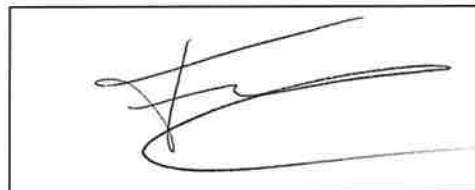
ORGANISMES SOCIETE SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTE

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 départemental.

Fait à ..... Betheny ..... Le : 18 / 04 / 2024 .....

Signature obligatoire



**Déclaration à adresser au conseil départemental de ...la Marne .....**

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 DÉPARTEMENTAUX

Je soussigné(e)

Nom : **FERRARA**  
Prénoms : **Arélie - Réjane**

### 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 ordinaires

Préciser la durée du mandat

- Elu au conseil départemental de *La Marne*
- Elu au conseil régional de
- Elu au conseil national de l'Ordre des médecins

## 3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinaires

- Elu assesseur à la chambre disciplinaire nationale
- Elu assesseur à la chambre disciplinaire de 1<sup>ère</sup> 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 ordinaire.
- 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 SOCIÉTÉ SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	RÉMUNÉRATION	DÉBUT (mois/année)	FIN (mois/année)
SFMG Société Francisque de Médecin Généraliste	Formatrice Expert	<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input checked="" type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :	2008	2024
		<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> 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 départemental.

Fait à Reims ..... Le : 12/4/26 .....

Signature obligatoire



Déclaration à adresser au conseil départemental de La Marne

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 DÉPARTEMENTAUX

Je soussigné(e)

Nom : Dr GEORGET

Prénoms : AUDREY, SIMONE, ELIANE

### 1. Activités professionnelles

#### 1.1. Activité principale exercée actuellement

**Activité libérale :**

- En cabinet
- Dans un établissement de soins

**Activité salariée**

- Etablissement hospitalier Cteu de Reims
- Autre structure (à préciser)

**Retraité**

**Retraité actif**

## 2. Mandats ordinaires

Préciser la durée du mandat

- Elu au conseil départemental de LA MARNE depuis le 14/04/2023 pour 6 ans.
- Elu au conseil régional de
- Elu au conseil national de l'Ordre des médecins

## 3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinaires

- Elu assesseur à la chambre disciplinaire nationale
- Elu assesseur à la chambre disciplinaire de 1<sup>ère</sup> 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 ordinaire.
- 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

- ① PRÉSIDENTE SYNDICAT CFE-CGC DES PRATICIENS CONSEILS DU NORD-EST de 2017 à oct. 2019.
- ② TRÉSURIÈRE ADJOINTE SYNDICAT CFE-CGC DES PRATICIENS CONSEILS DU NORD-EST de 2015 à 2017.

#### 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)
		<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :		
		<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> 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 départemental.

Fait à BEZANNE ..... Le : 18 04 2024 .....

Signature obligatoire



*Déclaration à adresser au conseil départemental de ...L.A... MARNE -*

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 DÉPARTEMENTAUX

Je soussigné(e)

Nom : *GIANNE TOVA*

Prénoms : *Isabelle*

### 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 ordinaires

Préciser la durée du mandat

- Elu au conseil départemental de *Lozère (6 ans)*
- Elu au conseil régional de
- Elu au conseil national de l'Ordre des médecins

## 3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinaires

- Elu assesseur à la chambre disciplinaire nationale
- Elu assesseur à la chambre disciplinaire de 1<sup>ère</sup> 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 ordinaire.
- 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

= CA de l'ANCFP - vice présidente  
= CERD de Champagne - Bureau

#### 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)
		<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :		
		<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> 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 départemental.

Fait à Neu ..... Le : 18/09/2024

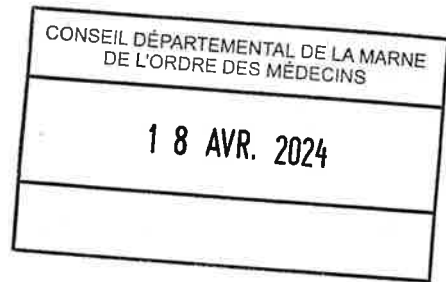
Signature obligatoire



*Déclaration à adresser au conseil départemental 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 DÉPARTEMENTAUX



Je soussigné(e)

Nom : Goossens

Prénoms : Nicolas

### 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 ordinaires

Préciser la durée du mandat

- Elu au conseil départemental de La marne
- Elu au conseil régional de
- Elu au conseil national de l'Ordre des médecins

## 3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinaires

- Elu assesseur à la chambre disciplinaire nationale
- Elu assesseur à la chambre disciplinaire de 1<sup>ère</sup> 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 ordinaire.
- 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)
		<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :		
		<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> 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 départemental.

Fait à Reims Le : 14/04/2024

Signature obligatoire



**Déclaration à adresser au conseil départemental de La Marne**

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 DÉPARTEMENTAUX

Je soussigné(e)

Nom : JACQUOT

Prénoms : ANNE, MADELEINE

### 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 ordinaires

Préciser la durée du mandat

- Elu au conseil départemental de *la Marne*
- Elu au conseil régional de
- Elu au conseil national de l'Ordre des médecins

## 3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinaires

- Elu assesseur à la chambre disciplinaire nationale
- Elu assesseur à la chambre disciplinaire de 1<sup>ère</sup> 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 ordinaire.
- 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)
APCA (Association des pédiatres de Champ. Ardenne)	Secrétaire générale	<input checked="" type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :	Depuis Plus de 10 ans	
		<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> 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).

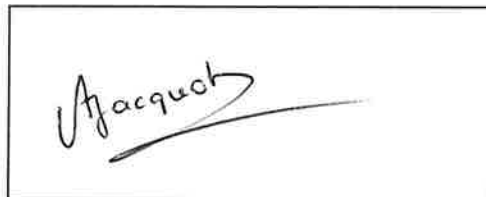
ORGANISMES SOCIETE SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTE

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 départemental.

Fait à Berru ..... Le : 18 Avril 2024.....

Signature obligatoire



**Déclaration à adresser au conseil départemental de la MARNE**

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 DÉPARTEMENTAUX

Je soussigné(e)

Nom : JEBOU

Prénoms : Juliette

### 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 ordinaires

Préciser la durée du mandat

- Elu au conseil départemental de *la MARNE*
- Elu au conseil régional de
- Elu au conseil national de l'Ordre des médecins

## 3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinaires

- Elu assesseur à la chambre disciplinaire nationale
- Elu assesseur à la chambre disciplinaire de 1<sup>ère</sup> 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 ordinaire.
- 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)
		<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :		
		<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> 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).

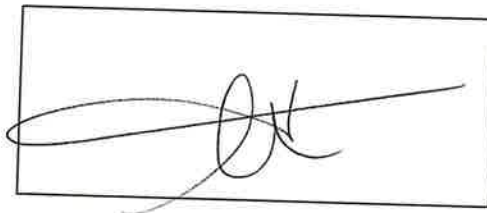
ORGANISMES SOCIETE SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTE

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 départemental.

Fait à Reims ..... Le : 18/02/20 .....

Signature obligatoire



*Déclaration à adresser au conseil départemental 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 DÉPARTEMENTAUX

Je soussigné(e)

Nom : KADIYOGO

Prénoms : Baboukoba Prosper

### 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 ordinaires

Préciser la durée du mandat

Elu au conseil départemental de *la Réunion*

Elu au conseil régional de

Elu au conseil national de l'Ordre des médecins

## 3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinaires

Elu assesseur à la chambre disciplinaire nationale

Elu assesseur à la chambre disciplinaire de 1<sup>ère</sup> 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 ordinaire.

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)
		<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :		
		<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> 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 départemental.

Fait à Reims ..... Le : 18/01/2014 .....

Signature obligatoire



**Déclaration à adresser au conseil départemental 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 DÉPARTEMENTAUX

Je soussigné(e)

Nom : LABROUSSE

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)

**Retraité**

**Retraité actif**

## 2. Mandats ordinaires

Préciser la durée du mandat

- Elu au conseil départemental de **MARNE**
- Elu au conseil régional de
- Elu au conseil national de l'Ordre des médecins

## 3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinaires

- Elu assesseur à la chambre disciplinaire nationale
- Elu assesseur à la chambre disciplinaire de 1<sup>ère</sup> 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 ordinaire.
- 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 SOCIÉTÉ SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	RÉMUNÉRATION	DÉBUT (mois/année)	FIN (mois/année)
		<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :		
		<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> 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).

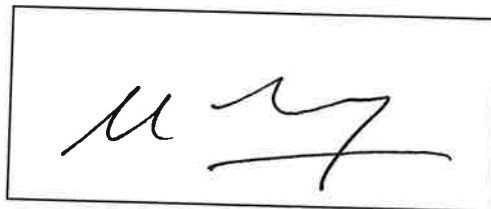
ORGANISMES SOCIETE SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTE

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 départemental.

Fait à Reims Le : 14/4/24

Signature obligatoire



Déclaration à adresser au conseil départemental de MARNE

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 DÉPARTEMENTAUX

Je soussigné(e)

Nom : LALLIER

Prénoms : FRANÇOIS JEAN LOUIS

### 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)

FACULTÉ DE MÉDECINE  
DE REIMS

Retraité

Retraité actif

## 2. Mandats ordinaires

Préciser la durée du mandat

Sept 2015

Elu au conseil départemental de

LA MANE

Elu au conseil régional de

Elu au conseil national de l'Ordre des médecins

## 3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinaires

Elu assesseur à la chambre disciplinaire nationale

Elu assesseur à la chambre disciplinaire de 1<sup>ère</sup> 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 ordinaire.

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)
		<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :		
		<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> 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 départemental.

Fait à BETHOUY ..... Le : 18/09/24 .....

Signature obligatoire



Déclaration à adresser au conseil départemental de la Morne

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 DÉPARTEMENTAUX



Je soussigné(e)

Nom : LEFEBVRE

Prénoms : Francis Jean

**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 ordinaires

Préciser la durée du mandat

6 ans

Elu au conseil départemental de la Haute

Elu au conseil régional de

Elu au conseil national de l'Ordre des médecins

## 3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinaires

Elu assesseur à la chambre disciplinaire nationale

Elu assesseur à la chambre disciplinaire de 1<sup>ère</sup> 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 ordinaire.

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)
		<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :		
		<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> 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 départemental.

Fait à REIMS ..... Le : 16 Mai 2024

Signature obligatoire



Déclaration à adresser au conseil départemental de la DARNÉ

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 DÉPARTEMENTAUX

Je soussigné(e)

Nom : **LEFORT**

Prénoms : **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 ordinaires

Préciser la durée du mandat

- Elu au conseil départemental de *la MARNE depuis 2012*
- Elu au conseil régional de
- Elu au conseil national de l'Ordre des médecins

## 3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinaires

- Elu assesseur à la chambre disciplinaire nationale
- Elu assesseur à la chambre disciplinaire de 1<sup>ère</sup> 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 ordinaire.
- 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

Président de CME 2004 - 2010

#### 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)
SPRIGE	membre actif	<input checked="" type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :	10/2023	10/2029
Comité départemental des chaire Romain jacob	membre actif	<input checked="" type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :	02/2023	02/2027

## 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).

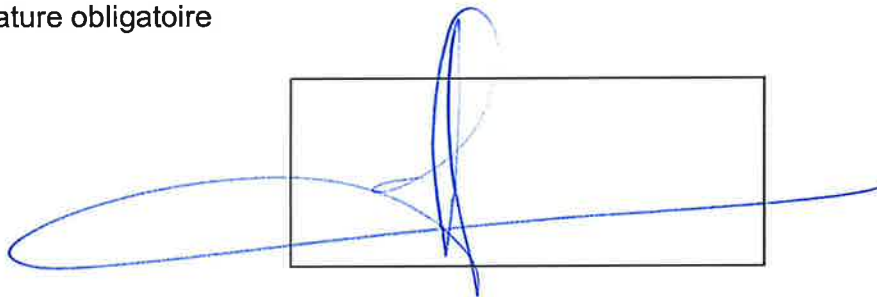
ORGANISMES SOCIETE SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTE

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 départemental.

Fait à Reims ..... Le : 16 04 2024 .....

Signature obligatoire



*Déclaration à adresser au conseil départemental de Reims -*

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 DÉPARTEMENTAUX

Je soussigné(e)

Nom : **LEMAITRE**

Prénoms : **François**

### 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 ordinaires

Préciser la durée du mandat

- Elu au conseil départemental de *la Haute (6 ans)*
- Elu au conseil régional de
- Elu au conseil national de l'Ordre des médecins

## 3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinaires

- Elu assesseur à la chambre disciplinaire nationale
- Elu assesseur à la chambre disciplinaire de 1<sup>ère</sup> 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 ordinaire.
- 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)
		<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :		
		<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> 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).

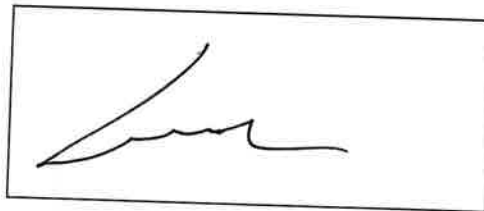
ORGANISMES SOCIETE SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTE

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 départemental.

Fait à TINQUEUX ..... Le: 18/04/2024 .....

Signature obligatoire



Déclaration à adresser au conseil départemental de ...La Flèche .....

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 DÉPARTEMENTAUX

Je soussigné(e)

Nom : *MARTIN*

Prénoms : *Jeremy*

### 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 ordinaires

Préciser la durée du mandat

- Elu au conseil départemental de *La Marne*
- Elu au conseil régional de
- Elu au conseil national de l'Ordre des médecins

## 3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinaires

- Elu assesseur à la chambre disciplinaire nationale
- Elu assesseur à la chambre disciplinaire de 1<sup>ère</sup> 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 ordinaire.
- 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 SOCIÉTÉ SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	RÉMUNÉRATION	DÉBUT (mois/année)	FIN (mois/année)
		<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :		
		<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> 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).

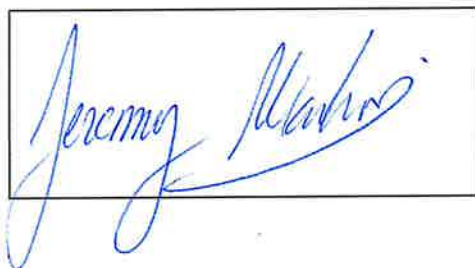
ORGANISMES SOCIETE SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTE

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 départemental.

Fait à Bellevue ..... Le : 18/04/2024

Signature obligatoire



**Déclaration à adresser au conseil départemental 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 DEPARTEMENTAUX

Je soussigné(e)

Nom : MILOSEVIC

Prénoms : Dragisa

### 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 ordinaires

Préciser la durée du mandat

- Elu au conseil départemental de *la Marne (51)*
- Elu au conseil régional de
- Elu au conseil national de l'Ordre des médecins

## 3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinaires

- Elu assesseur à la chambre disciplinaire nationale
- Elu assesseur à la chambre disciplinaire de 1<sup>ère</sup> 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 ordinaire. *(Contrats)*
- 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)
		<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :		
		<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> 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).

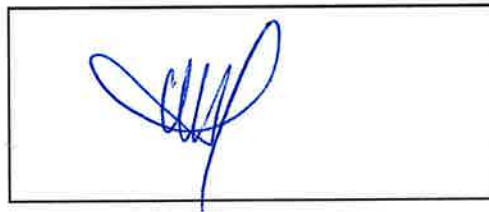
ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTE

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 départemental.

Fait à Bezaunes Le : 17/04/2024

Signature obligatoire



Déclaration à adresser au conseil départemental de la Haute (51)

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 DÉPARTEMENTAUX

Je soussigné(e)

Nom : PERON DECOTTIGNES

Prénoms : Guénaëlle

### 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 ordinaires

Préciser la durée du mandat

- Elu au conseil départemental de **LA NARVÉ (6 ans)**
- Elu au conseil régional de
- Elu au conseil national de l'Ordre des médecins

## 3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinaires

- Elu assesseur à la chambre disciplinaire nationale
- Elu assesseur à la chambre disciplinaire de 1<sup>ère</sup> 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 ordinaire.
- 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)
		<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :		
		<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> 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).

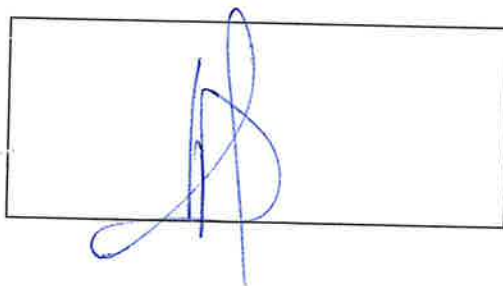
ORGANISMES SOCIETE SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTE

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 départemental.

Fait à Reims ..... Le : 16/04/2024 .....

Signature obligatoire



Déclaration à adresser au conseil départemental de Reims.

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 DÉPARTEMENTAUX

Je soussigné(e)

**Nom :** RAMU

**Prénoms :** Jean-Charles, Fernand, Raphaël

### 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)

Collectivité territoriale : service d'incendie et de secours

**Retraité**

**Retraité actif**

## 2. Mandats ordinaires

Préciser la durée du mandat

- Elu au conseil départemental de la Marne (suppléant) depuis le 14/04/2024
- Elu au conseil régional de
- Elu au conseil national de l'Ordre des médecins

## 3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinaires

- Elu assesseur à la chambre disciplinaire nationale
- Elu assesseur à la chambre disciplinaire de 1<sup>ère</sup> 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 ordinaire.
- 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)
		<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :		
		<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> 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).

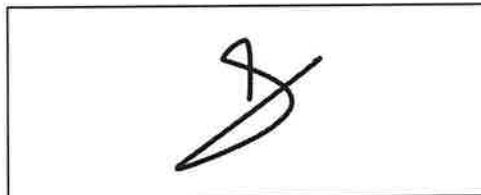
ORGANISMES SOCIETE SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTE

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 départemental.

Fait à LOIVRE..... Le : 16/04/2024.....

Signature obligatoire



*Déclaration à adresser au conseil départemental de La Marne.....*

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 DEPARTEMENTAUX

Je soussigné(e)

Nom : SALON - DHR

Prénoms : USONIQUE

### 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 ordinaires

Préciser la durée du mandat

- Elu au conseil départemental de *La Haute*
- Elu au conseil régional de *Grand Est*
- Elu au conseil national de l'Ordre des médecins

## 3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinaires

- Elu assesseur à la chambre disciplinaire nationale
- Elu assesseur à la chambre disciplinaire de 1<sup>ère</sup> 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 ordinaire.  
*Fonction de Secrétaire Personnel*
- 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)
		<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :		
		<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> 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).

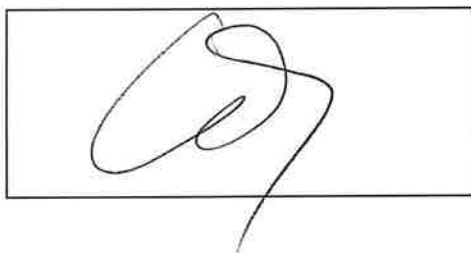
ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTE
laboratoire ZATBOW	pharmacien en charge du Marketing NSL	fil

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 départemental.

Fait à ..... *Rus* ..... Le : ..... *18-04-24* .....

Signature obligatoire



*Déclaration à adresser au conseil départemental de ... 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 DÉPARTEMENTAUX

Je soussigné(e)

Nom : SAVIN

Prénoms : Lawrence

### 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 ordinaires

Préciser la durée du mandat

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

## 3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinaires

- Elu assesseur à la chambre disciplinaire nationale
- Elu assesseur à la chambre disciplinaire de 1<sup>ère</sup> 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 ordinaire.
- 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)
		<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :		
		<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> 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).

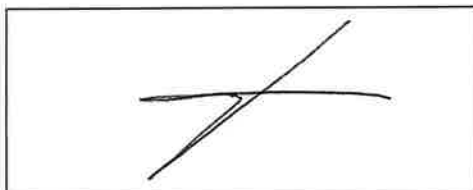
ORGANISMES SOCIETE SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTE

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 départemental.

Fait à .....*Reims*..... Le : .....*18/4/24*.....

Signature obligatoire



*Déclaration à adresser au conseil départemental de ...la...Maine*

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 DÉPARTEMENTAUX

Je soussigné(e)

Nom : SCRIVE

Prénoms : Klara

### 1. Activités professionnelles

#### 1.1. Activité principale exercée actuellement

**Activité libérale :**

En cabinet (activité principale)

Dans un établissement de soins

**Activité salariée**

Etablissement hospitalier

Autre structure (à préciser)

Retraité

Retraité actif

- GCS HAD Espérey  
pour la Mutualité  
Française (O3ETA)  
- ITE Enril (association)

## 2. Mandats ordinaires

Préciser la durée du mandat

Elu au conseil départemental de

*La Marnne (suppléante)  
15/04/2018 → 2024*

Elu au conseil régional de

Elu au conseil national de l'Ordre des médecins

## 3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinaires

*non*

Elu assesseur à la chambre disciplinaire nationale

Elu assesseur à la chambre disciplinaire de 1<sup>ère</sup> 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 ordinaire.

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

Association l'ABUR (Association Gardes  
Meyeres Rémoises) = élue Trésorière  
depuis la création de l'association  
(décembre 2019)

#### 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 SOCIÉTÉ SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	RÉMUNÉRATION	DÉBUT (mois/année)	FIN (mois/année)
		<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :		
		<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> 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 départemental.

Fait à Reims ..... Le : 18/04/2024 .....

Signature obligatoire



Déclaration à adresser au conseil départemental de La Mame.

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 DÉPARTEMENTAUX

Je soussigné(e)

Nom : VIUENA

Prénoms : ISABELLE

### 1. Activités professionnelles

#### 1.1. Activité principale exercée actuellement

**Activité libérale :**

En cabinet

Dans un établissement de soins

**Activité salariée**

Etablissement hospitalier

CHU et

Autre structure (à préciser)

UFR Médecine

**Retraité**

**Retraité actif**

## 2. Mandats ordinaires

Préciser la durée du mandat

- Elu au conseil départemental de *la MARNE*
- Elu au conseil régional de
- Elu au conseil national de l'Ordre des médecins

## 3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinaires

- Elu assesseur à la chambre disciplinaire nationale
- Elu assesseur à la chambre disciplinaire de 1<sup>ère</sup> 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 ordinaire.
- Autre :  
Préciser le cadre : *membre de la Commission Biologie au sein du 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)
		<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :		
		<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> 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).

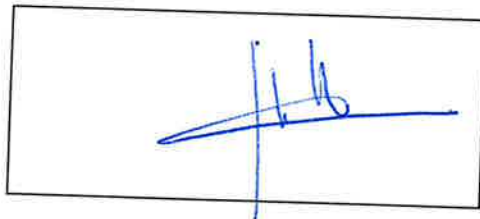
ORGANISMES SOCIETE SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTE

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 départemental.

Fait à Reims ..... Le : 18/04/2024 .....

Signature obligatoire



*Déclaration à adresser au conseil départemental de ...* LE FLARNE .....

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 DÉPARTEMENTAUX

Je soussigné(e)

Nom : *MILENA*

Prénoms : *Philippe*

### 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 ordinaires

Préciser la durée du mandat

Elu au conseil départemental de *le Marne*

Elu au conseil régional de

Elu au conseil national de l'Ordre des médecins

## 3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinaires

Elu assesseur à la chambre disciplinaire nationale

Elu assesseur à la chambre disciplinaire de 1<sup>ère</sup> 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 ordinaire.

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)
		<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :		
		<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> 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).

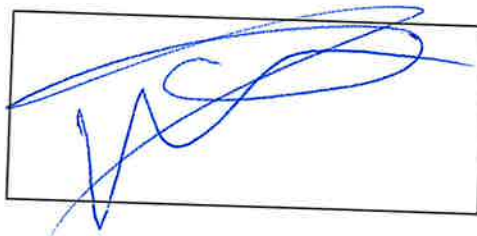
ORGANISMES SOCIETE SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTE

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 départemental.

Fait à Rerimj ..... Le : 18/4/24 .....

Signature obligatoire



Déclaration à adresser au conseil départemental de de Narca .....

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.