

DÉCLARATION D'INTÉRÊTS DES CONSEILLERS DEPARTEMENTAUX

Je soussigné(e)

Nom : BRIANE

Prénoms : MAGALI

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 *Rhône*

☐ 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^{ère} 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

- Vice présidente Association SPS : Soins aux professionnels de la Santé - 2023 → en cours

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)
Clinique Mon Repos	Ne déclin coordonneur	☐ Aucune ☒ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :	10/2022	En cours
Ramsay Santé	psychiatrie Référént	☐ Aucune ☒ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :	10/2023	10/2024