

DÉCLARATION D'INTÉRÊTS DES CONSEILLERS DÉPARTEMENTAUX

Je soussigné(e)

Nom : CAILLETTE - BEA - DAIN

Prénoms : Agnès Marie

1. Activités professionnelles

1.1. Activité principale exercée actuellement

☐ Activité libérale :

☐ En cabinet

☐ Dans un établissement de soins

☒ Activité salariée

☐ Etablissement hospitalier

☒ Autre structure (à préciser)

CALYDIAL
ESPIC NePoché Neusole
Dalyne

☐ Retraité

☐ Retraité actif

2. Mandats ordinaires

Préciser la durée du mandat

- ☐ Elu au conseil départemental de

Rhône - Suppléant

- ☐ 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

Membre de la Délégation Régionale FEHAP p^r 6 ans (2021
2023)
Membre du CNP de Néphrologie - (Bureau
2024-2026)

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)
ASTRA ZENECA		☐ Aucune ☒ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :	2023	
		☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :		

6. Autres liens

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

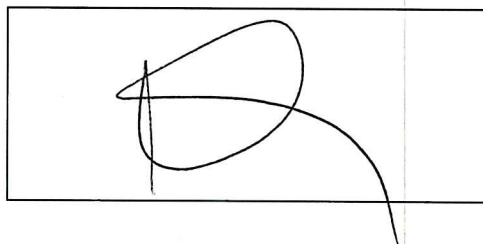
ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTE

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 Lez Le : 02.06.2024

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

Je soussigné(e)

Nom : *KALENDERIAN*

Prénoms : *Simon - Charlotte*

1. Activités professionnelles

1.1. Activité principale exercée actuellement

☐ **Activité libérale :**

☒ En cabinet *SELAZL IN EU*

☐ 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 *même conseil suppléant 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^{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

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)
		☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :		
		☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :		

6. Autres liens

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

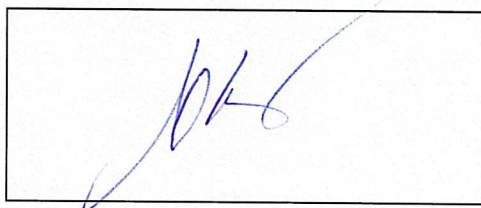
ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTE

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 Lyon Le : 02/09/2024

Signature obligatoire



Déclaration à adresser au conseil départemental deRhône....

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 : *GERLENTON*

Prénoms : *BRICE*

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

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

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

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

6. Autres liens

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

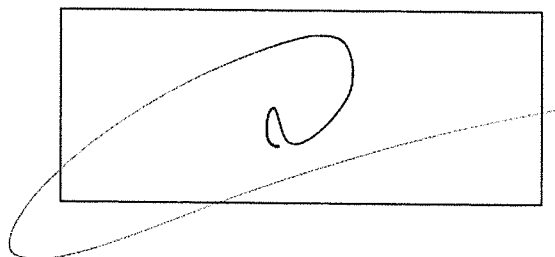
ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTE
SAS SHM	DIRIGEANTE	MARIÉE (FEMME)

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 LYON Le : 24/06/2024

Signature obligatoire



Déclaration à adresser au conseil départemental de RHÔNE

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 : BURILLON

Prénoms : Carole

1. Activités professionnelles

1.1. Activité principale exercée actuellement

☐ Activité libérale :

☐ En cabinet

☐ Dans un établissement de soins

☒ Activité salariée

☒ Etablissement hospitalier CHU LYON

☒ Autre structure (à préciser) UNIVERSITÉ LYON 1

☐ Retraité

☐ Retraité actif

2. Mandats ordinaires

Préciser la durée du mandat

- ☒ Elu au conseil départemental de RHÔNE Suppléante en 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^{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 :

→ Commission nationale de première instance de qualification / d'autorisation d'exercice

4. Autres fonctions électives

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

Membre { CA Université LYON 1 2021-2025
-Élu de { CME HCL 2021-2025
Conseil Métropolitain 2020-2025

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)
		☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :		
		☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :		

6. Autres liens

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

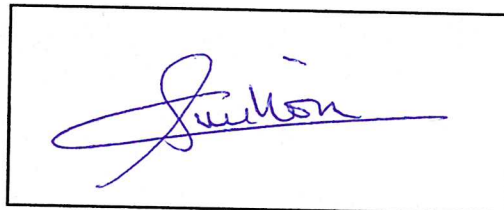
ORGANISMES SOCIETE SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTE

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

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

Fait à LYON Le : 21/4/2024

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 : DA COSTA SEARES

Prénoms : Guile, Adélaïde, Marie-Françoise

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 *RDôme - 6 ans, à compter de 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^{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.

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)
		☒ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :		
		☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :		

6. Autres liens

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

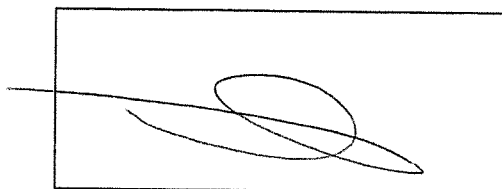
ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTE

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 Lyon Le : 15/04/2024

Signature obligatoire



Déclaration à adresser au conseil départemental de Drôme

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 :

CHAPUIS

Prénoms :

François - Roger

1. Activités professionnelles

1.1. Activité principale exercée actuellement

☐ Activité libérale :

☐ En cabinet

☐ Dans un établissement de soins

☐ Activité salariée

☐ Etablissement hospitalier

HCL Lyon

☐ Autre structure (à préciser)

☐ Retraité

☐ Retraité actif

2. Mandats ordinaires

Préciser la durée du mandat

- ☒ Elu au conseil départemental de

CDOM 69 (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

- Équipe de France Paralympique
- Président d'association bienfaisance

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)
		☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :		
		☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :		

6. Autres liens

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

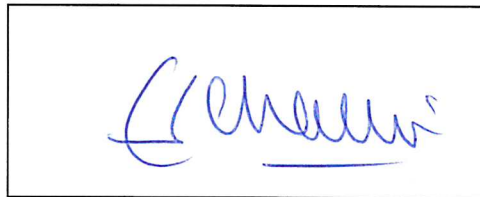
ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTE
NOVARTIS (Suisse)	Vétérinaire	Frère

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 Lyon Le : 02 avril 2024

Signature obligatoire



Déclaration à adresser au conseil départemental de RHÔNE (CDOM 69)

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 : RONZIERE

Prénoms : Gilles

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

Conseillé municipal d'Annoisin-Chatelans 38460.

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)
		☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :		
		☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :		

6. Autres liens

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

ORGANISMES SOCIETE SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTE

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

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

Fait à ..Annoisin-Chatelans..... Le : ..8 avril 2024.....

Signature obligatoire



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

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 : FUSARI

Prénoms : JEAN-PIERRE

1. Activités professionnelles

1.1. Activité principale exercée actuellement

☐ **Activité libérale :**

☐ En cabinet

☐ Dans un établissement de soins

☐ **Activité salariée**

☐ Etablissement hospitalier

☐ Autre structure (à préciser)

☒ **Retraité**

☐ Retraité actif

2. Mandats ordinaires

Préciser la durée du mandat

☒ Elu au conseil départemental de **RMÔNE**

☒ Elu au conseil régional de **AURA**

☐ 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 **Co CAPP**

☐ 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)
		☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :		
		☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :		

6. Autres liens

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

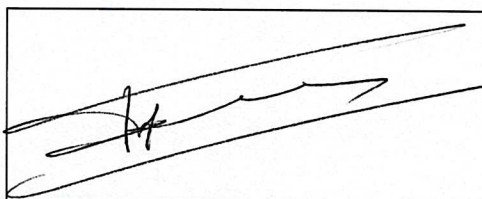
ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTE

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 LYON Le : 2/04/2024

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 DÉPARTEMENTAUX

Je soussigné(e)

Nom : MARTINS

Prénoms : Jérémy

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

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).

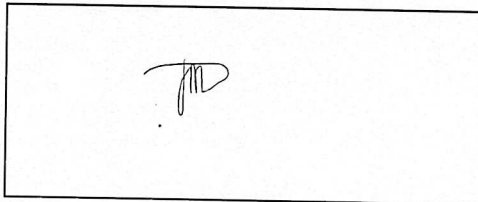
ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	RÉMUNÉRATION	DÉBUT (mois/année)	FIN (mois/année)
Maison YOKO	Médecin indépendant vacataire	☒ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :	Octobre 2022	
Cabinet de médecine générale du Dr BARBET	Médecin remplaçant	☒ Aucune rétrocession en fin de mois ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :	Mars 2023	

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.

- Je déclare travailler au sein du cabinet médical Maison YOKO en tant que médecin vacataire indépendant.
Le contrat a été remis au CDOM du Rhône lors de sa signature en Juillet 2022.
- Je déclare travailler en tant que médecin remplaçant dans le cabinet du Dr BARBET Julie à Croix Rousse.
Les contrats sont remis systématiquement au CDOM du Rhône lors des signatures depuis Mars 2023.

Fait à Lyon 08/04/2024
Le :

Signature obligatoire



Déclaration à adresser au conseil départemental de Rhône

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 : *Perdigat*

Prénoms : *Veron*

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

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)
		☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :		
		☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :		

6. Autres liens

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

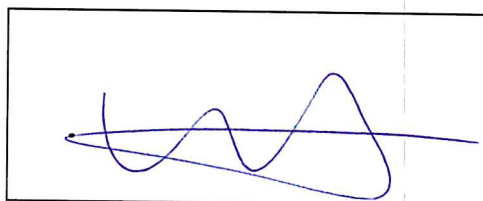
ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTE

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 Lyon Le : 02.04.2024

Signature obligatoire



Déclaration à adresser au conseil départemental de Rhône

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 : *HAZARD*

Prénoms : *ARIN*

1. Activités professionnelles

1.1. Activité principale exercée actuellement

☐ **Activité libérale :**

☐ En cabinet

☐ Dans un établissement de soins

☐ **Activité salariée**

☒ Etablissement hospitalier

Chir HEN de FAE Neurologie

☐ 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^{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 :

Condition Qualification
Ordinaire Médecin

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)
ASTRA	Consulter	☐ Aucune ☒ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :	2023	2024
OCOA/USM	Consulter	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☒ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :	2019	2024

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).

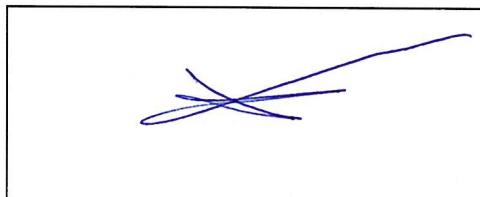
ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTE

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 Lyon Le : 03/04/2024

Signature obligatoire



Déclaration à adresser au conseil départemental de 69

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 : DUREAU

Prénoms : Pascal

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 Alpes*
- ☐ 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

élu UAPS Nédocum.

Secrétaire générale CPTS Vaux-sur-Saône

Membre Inter CPTS 69

Secrétaire générale FCPTS-

Président GEMMA GECPTS 7116 Vauxreay (MAGSEL)

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)
Boiron	expert	☐ Aucune ☒ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :	06/22	
		☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :		

6. Autres liens

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

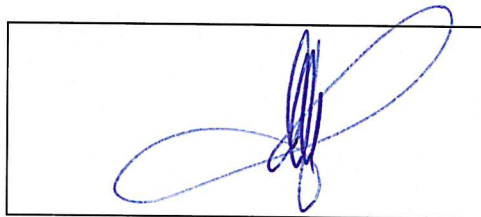
ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTE

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 Neussory Le : 21/4/24

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.

DECLARATION D'INTERET
DES CONSEILLERS CHEF DE MISSION

Je soussigné(e)

Nom : MIRAKIAN

Prénoms : PASCALE

Je suis une personne professionnelle

Je suis une personne qui exerce une activité

☒ **Activité libérale :**

☐ En cabinet

☒ Dans un établissement de soins

☐ **Activité salariée**

☐ Etablissement hospitalier

☐ Autre structure (à préciser)

☐ **Retraité**

☐ **Retraité actif**

2

2. Mandats ordinaires

Préciser la durée du mandat

☒ Elu au conseil départemental de *Rhone*

☐ 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. Mandats rémunérés dissimulés

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

5. Autres activités à caractère commercial ou industriel

- ☐ 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).

ORGANISME SOCIÉTÉ SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	RÉMUNÉRATION	DÉBUT (mois/année)	FIN (mois/année)
		☐ À titre ☐ Partiel ☐ À titre principal ☐ À titre accessoire		
		☐ À titre ☐ Partiel ☐ À titre principal ☐ À titre accessoire		

2

1. Avez-vous des 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).

ORGANISME/SOCIÉTÉ/SERVICES	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTÉ

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.


Docteur Pascal LEBLANC
14 rue Pasteur - 69008 LYON
69008 LYON - Tél. 04 78 28 41 91
1 000 000 11 60

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 LYON Le : 15/4/2024

Signature obligatoire

Docteur PASCAL MIRAKIAN
Hôpital Privé HATTOIA
22, Avenue Pasteur
69008 LYON - Tél. 04 73 73 01 01
1 000 000 000 000

Déclaration à adresser au conseil départemental de Rhone

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 : NOGIER

Prénoms : Rayhaël Jacques Jean Marie

1. Activités professionnelles

1.1. Activité principale exercée actuellement

☒ **Activité libérale :**

☒ En cabinet

☐ Dans un établissement de soins

☐ **Activité salariée**

☐ Etablissement hospitalier

☐ Autre structure (à préciser)

☐ **Retraité**

☐ **Retraité actif**

2. Mandats ordinaires

Préciser la durée du mandat

- ☒ Elu au conseil départemental de *Rhône* *mandat suppléant*
- ☐ 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

*Conseiller départemental suppléant élu
en 2021*

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)
		☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :		
		☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :		

Je perçois à titre ponctuel une participation aux cours que j'organise deux fois par an par la Société Sedateche (Iriquiry). Cette participation n'excède pas 3000 euros par an.

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).

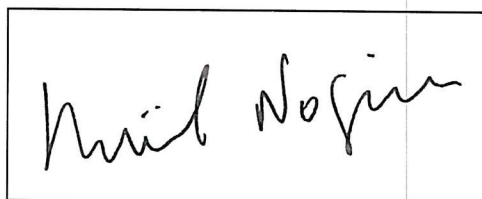
ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTE

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 Lyon Le : 2 Avril 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 : ASSAÏ

Prénoms : SOLAÏ

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 RHONE

☐ 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

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)
		☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :		
		☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :		

6. Autres liens

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

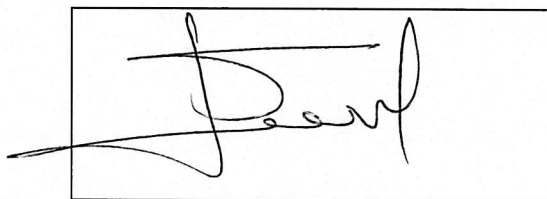
ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTE

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 LYON Le : 02/04/2024

Signature obligatoire



Déclaration à adresser au conseil départemental de LYON

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 : *FOURNIER*

Prénoms : *Thomas*

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

/

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)
		☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :		
		☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :		

6. Autres liens

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

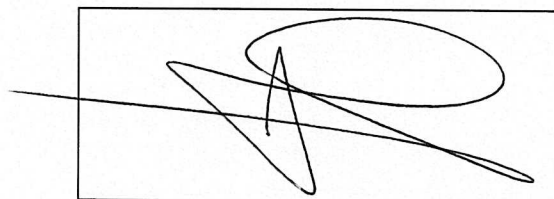
ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTE

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 Lyon Le : 2/4/2021

Signature obligatoire



Déclaration à adresser au conseil départemental de Rhône

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 : POTACEK

Prénoms : Vanessa

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 Rhone: suppléant
- ☐ 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

Présidente CPTS des Coteaux Rhodaniens
Secrétaire Générale l'inter CPTS Rhone 69
Secrétaire Générale de l'association loi 1901 GE CPTS

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)
		☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :		
		☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :		

6. Autres liens

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

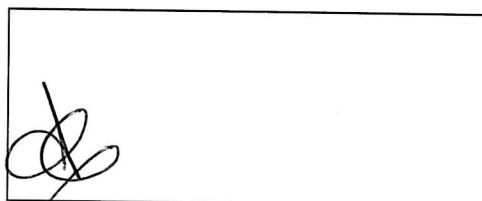
ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTE

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 Lyon..... Le : 02/04/2024.....

Signature obligatoire



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

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 : THIBAUT

Prénoms : Sébastien

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

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)
ARM analyse de système médical	Medecin	☐ Aucune ☒ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :	2021 ou 2022?	
		☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :		

6. Autres liens

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

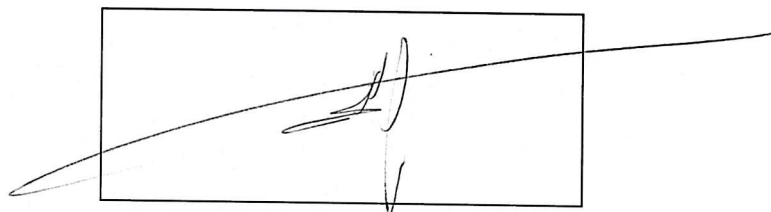
ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTE

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 *Lyon* Le : *2/6/2024*

Signature obligatoire



Déclaration à adresser au conseil départemental de *rhône*

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.