

DÉCLARATION D'INTÉRÊTS DES CONSEILLERS DÉPARTEMENTAUX

Je soussigné(e)

Nom : POISSON

Prénoms : Alice

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) Clinique Mutualiste (ESME)

☐ 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).

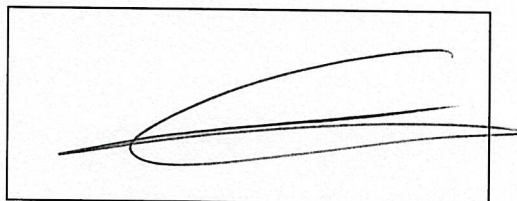
ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTE

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 : 25 Mars 2023

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 : *DURAND*

Prénoms : *Anne Christine Yvonne*

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 2020
- ☐ 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 OCCUPEE	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 PARENTÉ

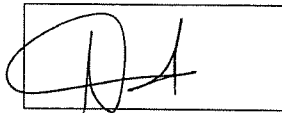
Je soussigné, certifie l'exactitude des renseignements fournis dans la présente déclaration. Je m'engage à actualiser ma déclaration d'intérêts chaque fois que ces informations sont périmées et/ou doivent être complétées.

2

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

Fait à Colonne Le : 4/04/24

Signature obligatoire



Déclaration à adresser au conseil départemental de Pras

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 :

Jacqueraud - Audigier

Prénoms :

Christelle

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 *Hautes 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).

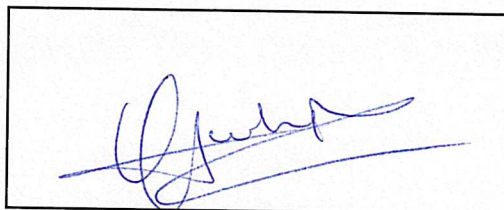
ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTE

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 Bigneux 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 : **DEVOLFE**

Prénoms : **CHRISTIAN**

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

2021 - 2027

☒ 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).

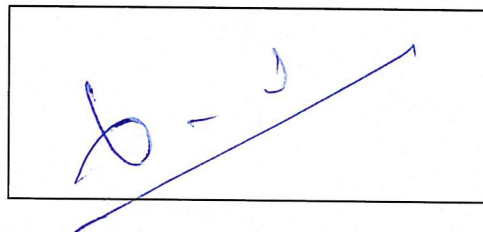
ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTÉ

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.

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 : 26.03.2024

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 : ERIBON MANGOT

Prénoms : Claire

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)
MGF 08/09	Administrateur Organisateur	☐ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :		
laboratoires	participant séances formations	☒ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :	- 50 €	x - 6 fois/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).

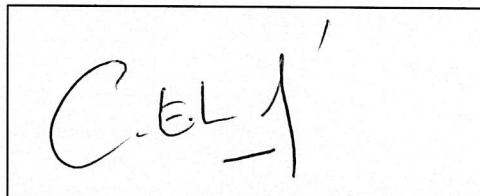
ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTE

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 àLyon..... Le :2/04/2024.....

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 : PIETRETTI

Prénoms : DAVID

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 du Rhône 69 de 2024 à 2030
- ☐ 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).

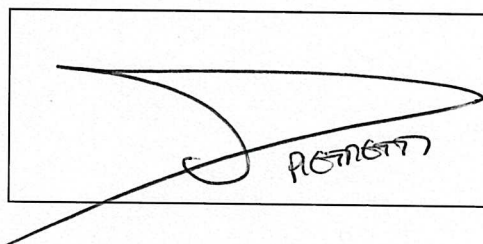
ORGANISMES SOCIETE SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTE

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 Régny Le : 01/04/2024

Signature obligatoire



Déclaration à adresser au conseil départemental de ... du ... Rhône ... 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 : *BORNAND*

Prénoms : *Elizabeth*

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 **CD 69**

☒ 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

CA du CRCDL
(expert Épidémiologie Cancer du Sein -
président Comité technique Sein)
et lecteur de mammographies

5. Autres activités à l'exclusion des missions de service public = aucune ~~autre~~ activité commerciale.

~~Je~~ 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

non

- ☐ 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).

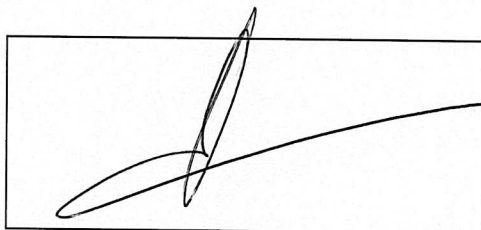
ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTÉ

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.

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 : 27/02/24

Signature obligatoire



Déclaration à adresser au conseil départemental de CD69

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 : *GRAIN*

Prénoms : *Frédérique Christine Paule*

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 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

☐ 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 du GEMMRA : Groupement d'Employeurs
Maisons Médicales Rhône-Alpes.
Membre du CA du Réseau ASRA : Aide aux Professionnels de la Santé

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.

Fait à LYON Le : 2/04/2024

Dr. G. Jain

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 : BARROIS

Prénoms : GUILLAUME

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

6.

☐ 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).

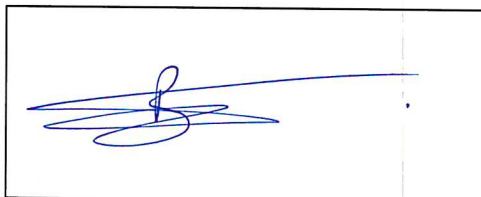
ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTE

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 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 : JANDY

Prénoms : Gaudin

1. Activités professionnelles

1.1. Activité principale exercée actuellement

☐ **Activité libérale :**

☐ En cabinet

☐ Dans un établissement de soins

☐ **Activité salariée**

☐ Etablissement hospitalier

☐ Autre structure (à préciser)

☒ **Retraité**

☐ **Retraité actif**

2. Mandats ordinaux

Préciser la durée du mandat

- ☒ Elu au conseil départemental de *Elle*
- ☐ 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 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 : 25/03/2026

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 DEPARTEMENTAUX

Je soussigné(e)

Nom :

OLLAGNON

Prénoms :

Henn-olive

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 6 ans & pour
1 ans 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 AURA
suppléant
- ☐ Nommé assesseur à la section des assurances sociales nationale
- ☐ Désigné assesseur à la section des assurances sociales de première instance de
- ☒ Membre ou conseil d'une instance collégiale, d'une commission, d'un comité ou d'un groupe de travail au sein de l'Institution ordinaire.
DGRI
- ☐ 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

Administrateur crédit agricole
Profession de santé
Bénévole

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).

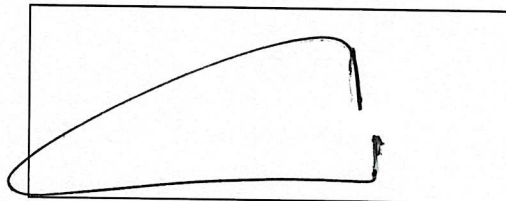
ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTE

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 Villeneuve Le : - 2 AVR. 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 : CHASSAGNON

Prénoms : Henry

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 DEPARTEMENTAUX

Je soussigné(e)

Nom : JAMES ROBERT

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 *Auvergne 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

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).

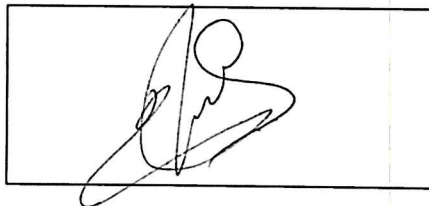
ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTE

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 : 8/4/26

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 : **TAFAZZO**

Prénoms : **JEAN**

1. Activités professionnelles

1.1. Activité principale exercée actuellement

☐ **Activité libérale :**

☒ En cabinet (**SERASU du Phoenix**)

☐ 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 (69)
- ☐ 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 :

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
SANOFI	AQ Release Pharmacien	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.

4. Autres fonctions électives

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

- Membre du Conseil d'Administration de l'UFMC syndicat.
- Président Collège National de la Télémédecine

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

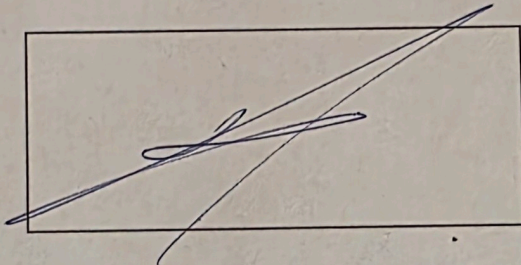
☒ Je déclare avoir perçu pendant les cinq années écoulées des revenus provenant d'activités (ou des parts) dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou des sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le nom et l'objet social de ou 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)
MaQuestionMédicale	Président	☒ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) : .	Décembre 2018	/
SELASU du Phoenix	Président	☐ Aucune ☒ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :	Juillet 2025	/

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 : 13/02/2026

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 : GARRIGOU - GRANDCHAMP

Prénoms : MARCEL

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

- Président de la FMF Auvergne Rhône-Alpes
- Responsable national de sa structure juridique (FMF)
- Titulaire (FMF) à la Commission des Pénalités Financières (CPF) du Rhône

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).

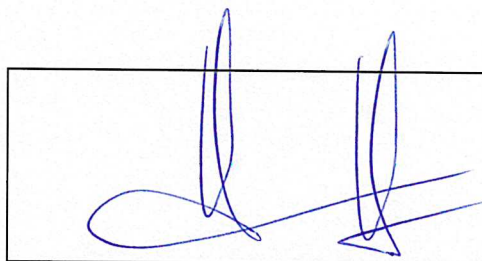
ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTE

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 : *RASPATO*

Prénoms : *Olivier*

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)
REGESKA	Directeur Scientifique	☒ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :	Mai 2015	en Cours
Maëla	Atteignant	☒ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :	Jan 2024	Jan 2024 en Cours

3M Prestation ☒ Au Déclarant Janvier 2024
de
Consulting

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).

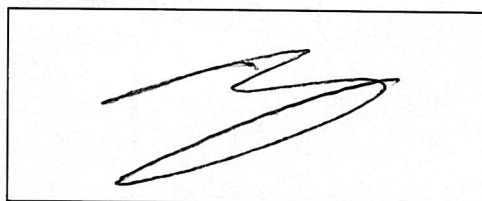
ORGANISMES SOCIETE SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTE
REGESUA	Dirigante	épouse

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 Caluire Le : 29/3/2024

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 : *THIEBAULT*

Prénoms : *Féa*

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).

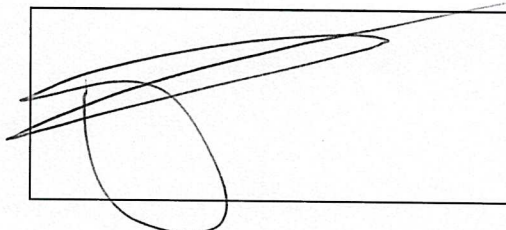
ORGANISMES SOCIETE SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTE

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 : 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 : CHATELAIN

Prénoms : Philippe Alain

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

(Sans)

☒ 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.

commission 1^{ère} instance
qualification

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

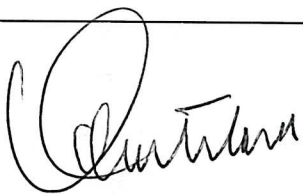
ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTE

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 Vion Le : 25/03/2024

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 :

LEYNAUD

Prénoms :

Philippe
Louis
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 Saône

- ☐ 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).

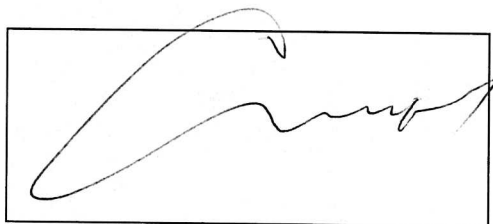
ORGANISMES SOCIETE SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTE

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 : 31 3 2014

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 : GÉLIN née CESPUGLIO

Prénoms : SOPHIE CATHERINE

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) Agence Régionale Santé ARA

☐ Retraité

☐ Retraité actif

2. Mandats ordinaires

Préciser la durée du mandat

- ☒ Elu au conseil départemental de *Rhône, Gers*
- ☐ 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

Conseillère Municipale au la ville de Caluire-et-Cuire
depuis 2020 et pour 6 ans.

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)
laboratoire YUNSA	Consultante périodique	☐ Aucune ☒ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :	01/ 2021	12/ 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).

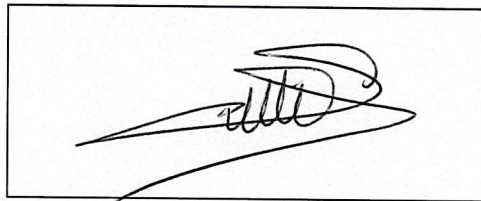
ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTE

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 Lyen Le : 26/03/2024

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 : **Finney**

Prénoms : **Sylvie** .

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**

**La Passerelle pr cabinet de
Consultations
Polyclinique du Beaujolais
69 400 ANNAS .**

2. Mandats ordinaires

Préciser la durée du mandat

- ☒ Elu au conseil départemental de *du Rhône, depuis 2021*
- ☐ 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

Président de L'Union Régionale des
Professionnels de Haute Auvergne Rhône
Alpes - (URPS ML AURA) depuis Juin
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) :		

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).

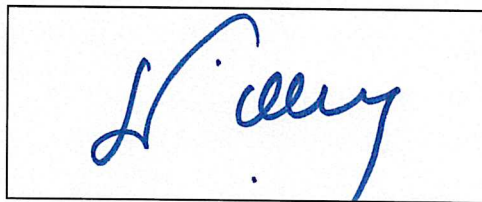
ORGANISMES SOCIETE SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTE

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 : 2 Avril 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 : LAUEIX

Prénoms : Véronique

1. Activités professionnelles

1.1. Activité principale exercée actuellement

Gynécologue - médecin
obstétricien

☐ Activité libérale :

☐ En cabinet

☐ Dans un établissement de soins

☒ Activité salariée

☒ Etablissement hospitalier

☐ Autre structure (à préciser)

SN CF

☐ Retraité

☐ Retraité actif

2. Mandats ordinaires

Préciser la durée du mandat 6 ans

- ☒ 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 Syon Le : 25.3.2024

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 : **PAQUET**

Prénoms : **YANN**

1. Activités professionnelles

1.1. Activité principale exercée actuellement

☐ **Activité libérale :**

☒ En cabinet **n**

☐ 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

- élu administrateur CA OPM

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

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

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

6. Autres liens

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

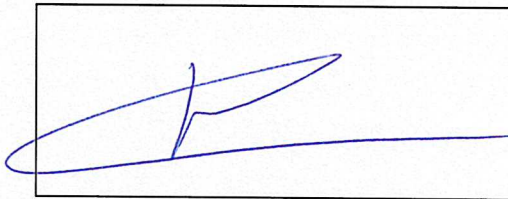
ORGANISMES SOCIETE SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTE

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

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

Fait à Lyon Le : 25/03/2024

Signature obligatoire



Déclaration à adresser au conseil départemental de Ph. W. R.

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 : ZERBIS

Prénoms : Yves Jacques Hainin

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**

4. Autres fonctions électives

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

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

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

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

6. Autres liens

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

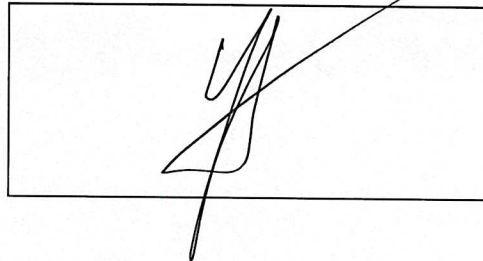
ORGANISMES SOCIETE SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTE

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

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

Fait à Lyon Le : 28 mars 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.