

**DÉCLARATIONS D'INTÉRÊTS DES CONSEILLERS RÉGIONAUX
DE L'ORDRE DES MÉDECINS - ÉLECTIONS DU 13 MARS 2025**

Dr ARNAUD Robert (Corrèze)

Dr BOISSON Matthieu (Vienne)

Dr BOULON Sophie (Gironde)

Dr BOUVIER Stéphane (Haute-Vienne)

Dr BURGUN-BENOIT Corinne (Charente)

Dr CHOTARD Laurent (Charente) [*déclaration en cours*]

Dr DAVID-VEZIAT Bernadette (Corrèze) [*déclaration en cours*]

Dr DELABROYE Stéphane (Deux-Sèvres)

Dr DOMBLIDES Philippe (Gironde)

Dr DRYKA Catherine (Creuse)

Dr DUBROCA Jean-François (Landes)

Dr DURANDET Philippe (Charente-Maritime)

Dr FAZILLEAUD Béatrice (Charente-Maritime)

Dr FONTANGES-DARRIET Marianne (Gironde)

Dr GRANERI Florence (Lot-et-Garonne)

Dr GUEZ Stéphane (Gironde)

Dr HAMELIN Delphine (Charente-Maritime)

Dr HAMMEL Bruno (Dordogne)

Dr HARMANT Sylvie (Pyrénées-Atlantiques)

Dr HUNAUT Nicolas (Pyrénées-Atlantiques)

Dr KINTZINGER Clément (Charente-Maritime)

Dr LALANNE-AZIDROU Eloïse (Landes)

Dr LAMIRAUD Jean-Paul (Creuse)

Dr LE FLAHEC Agnès (Haute-Vienne)

Dr MAILLARD Laurent (Lot-et-Garonne)

Dr MIREPOIX Monique (Pyrénées-Atlantiques) [*déclaration en cours*]

Dr MOLLAT Constance (Gironde)

Dr OUALI Larvi (Deux-Sèvres)

Dr PÉRAULT-POCHAT Marie-Christine (Vienne)

Dr ROUSSEAU Anne (Dordogne)

Dr SEBIS Julien (Pyrénées-Atlantiques)

Dr VEAUX Philippe (Gironde)

Les données personnelles nécessaires à l'accomplissement des missions de l'Ordre des médecins sont traitées dans des fichiers destinés à son usage exclusif. Conformément au Règlement Général sur la Protection des Données, les personnes concernées disposent d'un droit d'accès, de rectification, de portabilité, d'opposition et d'effacement des données les concernant, qu'elles peuvent exercer par courrier postal ou par courrier électronique.

7 avenue Raymond Manaud – Bâtiment A - 2^{ème} étage – 33520 BRUGES – Tél : 05 56 01 45 58
crom.naq@ordre.medecin.fr

Annexe 2.2 :

**DÉCLARATION D'INTÉRÊTS
DES CONSEILLERS RÉGIONAUX**

Je soussigné(e)

Nom : ARNAUD

Prénoms : Robert

Élu au conseil régional de : la nouvelle aquitaine

Depuis le : 26/03/2025

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

☒ Élu au conseil départemental de la Corrèze

☐ Élu au conseil national de l'Ordre des médecins

3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinaires

- ☐ Élu assesseur à la chambre disciplinaire nationale
- ☐ Élu 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)
SAI laude	Président du conseil d'administration	☒ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :	6/2019	6/2023
SA perigord reéducation	Président du conseil d'administration	☒ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :	6/2019	6/2023

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).

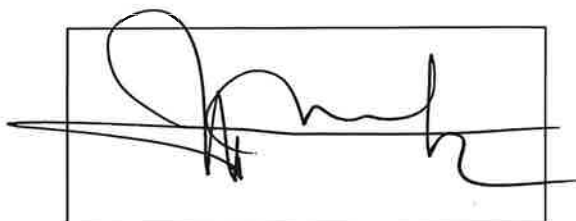
ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTÉ

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 régional.

Fait à Bordeaux Le : 5/6/2025

Signature obligatoire



Déclaration à adresser au conseil régional de

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

Annexe 2.2 :

DÉCLARATION D'INTÉRÊTS DES CONSEILLERS RÉGIONAUX

Je soussigné(e)

Nom : BOISSON

Prénoms : Matthieu

Élu au conseil régional de : Nouvelle Aquitaine

Depuis le : 2022

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

☐ Élu au conseil départemental de

☐ Élu au conseil national de l'Ordre des médecins

3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinaires

- ☐ Élu assesseur à la chambre disciplinaire nationale
- ☐ Élu 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 :

Administrateur national et départemental du Groupe Pasteur Mutualité (6 ans)

Vice-Président du Comité d'Audit et des Risques du Groupe Pasteur Mutualité (2 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)
Becton Dickinson	Consultant	☐ Aucune ☒ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :	01/2022	
Edwards Lifesciences	Consultatn	☐ Aucune ☒ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :	06/2022	

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 régional.

Fait à Poitiers Le : 5/06/2025

Signature obligatoire



Déclaration à adresser au conseil régional de

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

Annexe 2.2 :

DÉCLARATION D'INTÉRÊTS
DES CONSEILLERS RÉGIONAUX

Je soussigné(e)

Nom : BOULON

Prénoms : Sophie, Marion

Élu au conseil régional de : Nouvelle Aquitaine

Depuis le : 6/02/2022

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

☒ Élu au conseil départemental de la Gironde

☐ Élu au conseil national de l'Ordre des médecins

3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinales

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

4. Autres fonctions électives

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

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

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

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

6. Autres liens

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

ORGANISMES 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 régional.

Fait àBouges..... Le :26/03/2025.....

Signature obligatoire



Déclaration à adresser au conseil régional de Nouvelle-Aquitaine

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



DÉCLARATION D'INTÉRÊTS DES CONSEILLERS REGIONAUX

Je soussigné(e)

Nom : **BOUVIER**
Prénoms : **Stéphane, Claude, Gérard**

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 régional de *Nouvelle Aquitaine*
- ☒ Elu au conseil départemental de *Haute-Vienne*
- ☐ 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
HARTMAN	Ingenieur commercial	Sœur

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



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

Fait à Bordeaux Le : 26/03/2022

Signature obligatoire

Déclaration à adresser au conseil régional de Nouvelle-Aquitaine

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

Annexe 2.2 :

DÉCLARATION D'INTÉRÊTS
DES CONSEILLERS RÉGIONAUX

Je soussigné(e)

Nom : **BURGUN BENOÎT**

Prénoms : **Corinne BEATRICE CLEMENCE**

Élu au conseil régional de : **Nouvelle Aquitaine**

Depuis le : **15.03.25**

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

- ☒ Élu au conseil départemental de **Charente**
- ☐ Élu au conseil national de l'Ordre des médecins

3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinales

- ☐ Élu assesseur à la chambre disciplinaire nationale
- ☐ Élu 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 ordinale.
- ☐ Autre :
Préciser le cadre :

4. Autres fonctions électives

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

Elue Municipalité —

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).

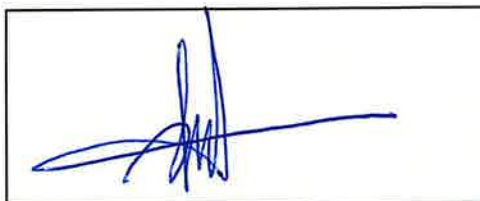
ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTÉ

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 régional.

Fait à Angoulême Le : 24.03.25

Signature obligatoire



Déclaration à adresser au conseil régional de Nouvelle Aquitaine

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.

Annexe 2.2 :

**DÉCLARATION D'INTÉRÊTS
DES CONSEILLERS RÉGIONAUX**

Je soussigné(e)

Nom : *DOZMOYS Ueé UCCANSI*

Prénoms : *Stéphane - Angèle - Nelly*

Élu au conseil régional de : *Nouvelle Aquitaine - Bordeaux*

Depuis le :

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

☒ Élu au conseil départemental de *Niort (79)*

☐ Élu au conseil national de l'Ordre des médecins

3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinales

- ☐ Élu assesseur à la chambre disciplinaire nationale
- ☐ Élu 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 ordinale.
- ☐ Autre :
Préciser le cadre :

4. Autres fonctions électives

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

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

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

ORGANISMES 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 régional.

Fait à Bordeaux Le : 26.03.25

Signature obligatoire

Déclaration à adresser au conseil régional de Bordeaux

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.

Annexe 2.2 :

**DÉCLARATION D'INTÉRÊTS
DES CONSEILLERS RÉGIONAUX**

Je soussigné(e)

Nom : *Domellide*
Prénoms : *Philippe*
Élu au conseil régional de : *Nouvelle Aquitaine*
Depuis le : *13 Février 2019*

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

☒ Élu au conseil départemental de *Guironde*
☐ Élu au conseil national de l'Ordre des médecins

3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinaires

- ☐ Élu assesseur à la chambre disciplinaire nationale
- ☐ Élu 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).

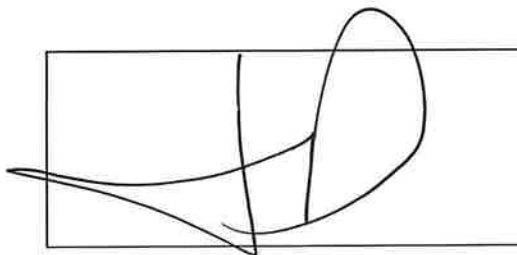
ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTÉ

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 régional.

Fait à Bordeaux Le : 26/03/2025

Signature obligatoire



Déclaration à adresser au conseil régional de

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

Annexe 2.2 :

DÉCLARATION D'INTÉRÊTS
DES CONSEILLERS RÉGIONAUX

Je soussigné(e)

Nom : *DRYUA*

Prénoms : *Catherine*

Élu au conseil régional de : *Nouvelle Aquitaine*

Depuis le : *13 10 2019*

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

☒ Élu au conseil départemental de *CREUSE*

☐ Élu au conseil national de l'Ordre des médecins

3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinales

- ☐ Élu assesseur à la chambre disciplinaire nationale
- ☐ Élu 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 ordinale.
- ☐ Autre :
Préciser le cadre :

4. Autres fonctions électives

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

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

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

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

6. Autres liens

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

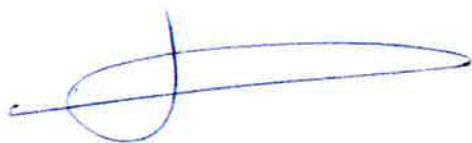
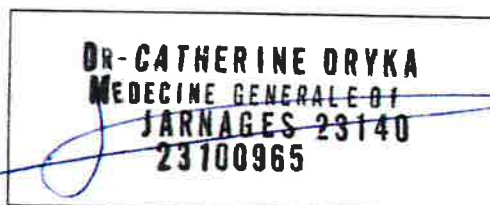
ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTÉ

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 régional.

Fait à Jarnages Le : 2103 2025

Signature obligatoire

Déclaration à adresser au conseil régional de Nouvelle Aquitaine

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.

Annexe 2.2 :

**DÉCLARATION D'INTÉRÊTS
DES CONSEILLERS RÉGIONAUX**

Je soussigné(e)

Nom :

DUBREUIL

Prénom :

Jean-François

Élu au conseil régional de :

La Réunion

Depuis le :

1. Activités professionnelles

1.1. Activité principale exercée actuellement

☐ Activité libérale :

☒ En cabinet

☐ Dans un établissement de soins

☐ Activité salariée

☐ Établissement hospitalier

☐ Autre structure (à préciser)

☐ Retraité

☐ Retraité actif

2. Mandats ordinaires

☒ Élu au conseil départemental de La Réunion

☐ Élu au conseil national de l'Ordre des médecins

3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinaires

- ☐ Élu assesseur à la chambre disciplinaire nationale
- ☐ Élu 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 CAS de l'Adur (40)
- Président du CADH de Lons

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 régional.

Fait à Aix Le : 16 mai 2020

Signature obligatoire



 Docteur J.F. DUBROCA

 40800 AIRE/L'ADOUR

 40 1 01598 7

 Tél: 05 58 71 84 84

Déclaration à adresser au conseil régional de

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

Annexe 2.2 :

**DÉCLARATION D'INTÉRÊTS
DES CONSEILLERS RÉGIONAUX**

Je soussigné(e)

Nom : **DURANDET**

Prénoms : **PHILIPPE**

Élu au conseil régional de : **NOUVELLE AQUITAINE**

Depuis le : **Mars 2025**

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

☒ Élu au conseil départemental de **CHARENTE MARITIME**

☐ Élu au conseil national de l'Ordre des médecins

3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinaires

- ☐ Élu assesseur à la chambre disciplinaire nationale
- ☐ Élu 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 Union Régionale des Professionnels de Santé Médecins
Nouvelle Aquitaine

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).

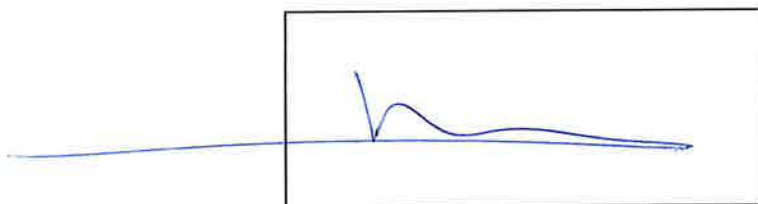
ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTÉ

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 régional.

Fait à Bordeaux Le : cinq juin 2025

Signature obligatoire



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

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.

Annexe 2.2 :

DÉCLARATION D'INTÉRÊTS DES CONSEILLERS RÉGIONAUX

Je soussigné(e)

Nom : FAZILUEAU

Prénoms : BEATRICE

Élu au conseil régional de : Nouvelle Aquitaine.

Depuis le : 7/2/2019

26/3/2025 → Secrétaire générale adjointe

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

- ☒ Élu au conseil départemental de Charente Maritime
- ☐ Élu au conseil national de l'Ordre des médecins

3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinales

- ☐ Élu assesseur à la chambre disciplinaire nationale
- ☐ Élu 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 ordinale.
- ☐ Autre :
Préciser le cadre :

4. Autres fonctions électives

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

— Délégué CARNF.

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 régional.

Fait à Bordeaux Le : 5/6/2025

Signature obligatoire

Déclaration à adresser au conseil régional de Nouvelle Aquitaine

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.

Annexe 2.2 :

**DÉCLARATION D'INTÉRÊTS
DES CONSEILLERS RÉGIONAUX**

Je soussigné(e)

Nom : FONTANGES-DARRIET

Prénoms : Fabienne

Élu au conseil régional de : CROM - Nouvelle Aquitaine

Depuis le :

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

- ☒ Élu au conseil départemental de la Gironde
- ☐ Élu au conseil national de l'Ordre des médecins

3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinales

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

4. Autres fonctions électives

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

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

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

ORGANISMES 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).

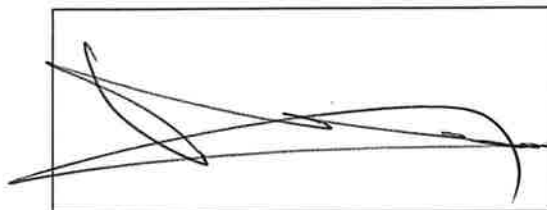
ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTÉ

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 régional.

Fait à Bordeaux Le : 21 mai 2025

Signature obligatoire



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

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

DÉCLARATION D'INTÉRÊTS DES CONSEILLERS REGIONAUX

Je soussigné(e)

Nom : GRANGÉ

Prénoms : Florence

1. Activités professionnelles

1.1. Activité principale exercée actuellement

☒ Activité libérale :

☒ En cabinet

☐ Dans un établissement de soins

☐ Activité salariée

☐ Etablissement hospitalier

☐ Autre structure (à préciser)

☐ Retraité

☐ Retraité actif

2. Mandats ordinaires

Préciser la durée du mandat

- ☒ Elu au conseil régional de *NA*
- ☒ Elu au conseil départemental de *Lot et Garonne*
- ☐ 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 *NA*
- ☐ 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 régional.

Fait à Bordeaux Le : 19/5/22

Signature obligatoire



Déclaration à adresser au conseil régional de Nouvelle-Aquitaine

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.

Annexe 2.2 :

**DÉCLARATION D'INTÉRÊTS
DES CONSEILLERS RÉGIONAUX**

Je soussigné(e)

Nom : **GUOZ**

Prénoms : **STEPHANE**

Élu au conseil régional de : **WA**

Depuis le :

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

☒ Élu au conseil départemental de **Grande**

☐ Élu au conseil national de l'Ordre des médecins

3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinales

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

4. Autres fonctions électives

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

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

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

ORGANISMES 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).

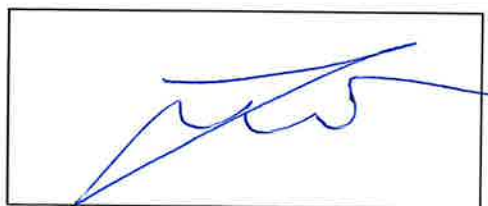
ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTÉ

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 régional.

Fait à Paris Le : 29/03/2021

Signature obligatoire



Déclaration à adresser au conseil régional de

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

Annexe 2.2 :

**DÉCLARATION D'INTÉRÊTS
DES CONSEILLERS RÉGIONAUX**

Je soussigné(e)

Nom : **HAMELIN**

Prénoms : **Delphine**

Élu au conseil régional de : **NOUVELLE AQUITAINE**

Depuis le : **06/02/2022**

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

☐ Élu au conseil départemental de

☐ Élu au conseil national de l'Ordre des médecins

3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinales

- ☐ Élu assesseur à la chambre disciplinaire nationale
- ☐ Élu 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 ordinale.
- ☐ Autre :
Préciser le cadre :

4. Autres fonctions électives

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

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

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

ORGANISMES 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).

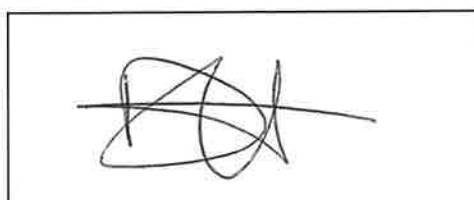
ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTÉ

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 régional.

Fait à LA ROCHELLE Le : 02/06/2025

Signature obligatoire



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

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

2

DÉCLARATION D'INTÉRÊTS DES CONSEILLERS REGIONAUX

Je soussigné(e)

Nom : *HANDEL*

Prénoms : *Bruno*

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 régional de *Nouvelle Aquitaine*
- ☒ Elu au conseil départemental de *la Dordogne*
- ☐ 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 :

2

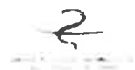
4. Autres fonctions électives

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

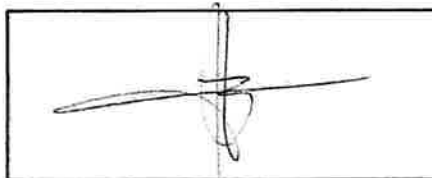
Je soussigné, certifie l'exactitude des renseignements fournis dans la présente déclaration. Je m'engage à actualiser ma déclaration d'intérêts chaque fois que ces informations sont périmées et/ou doivent être complétées.

2

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

Fait à Bordeaux Le : 26/03/2022

Signature obligatoire



Déclaration à adresser au conseil régional de Nouvelle-Aquitaine

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

Annexe 2.2 :

DÉCLARATION D'INTÉRÊTS DES CONSEILLERS RÉGIONAUX

Je soussigné(e)

Nom : **HARMANT**

Prénoms : **Sylvie**

Élu au conseil régional de : **NA**

Depuis le :

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

☒ Élu au conseil départemental de **64**

☐ Élu au conseil national de l'Ordre des médecins

3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinales

- ☐ Élu assesseur à la chambre disciplinaire nationale
- ☐ Élu 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 ordinale.
- ☐ Autre :
Préciser le cadre :

4. Autres fonctions électives

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

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

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

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

6. Autres liens

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

ORGANISMES 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 régional.

Fait à Bugey Le : 21/6/2017

Signature obligatoire



Déclaration à adresser au conseil régional de

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

Annexe 2.2 :

DÉCLARATION D'INTÉRÊTS
DES CONSEILLERS RÉGIONAUX

Je soussigné(e)

Nom :

Huonnet

Prénoms :

Nicolas

Élu au conseil régional de :

Marne de l'Aquitaine

Depuis le :

13/03/2025

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

☒ Élu au conseil départemental de

Pyrénées Atlantiques

☐ Élu au conseil national de l'Ordre des médecins

3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinales

- ☐ Élu assesseur à la chambre disciplinaire nationale
- ☐ Élu 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 *Nouvelle Héritière*
- ☐ Membre ou conseil d'une instance collégiale, d'une commission, d'un comité ou d'un groupe de travail au sein de l'Institution ordinale.
- ☐ Autre :
Préciser le cadre :

4. Autres fonctions électives

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

*Treasury du CDM des Pyrénées Atlantiques
pour 3 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)
		☐ 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).

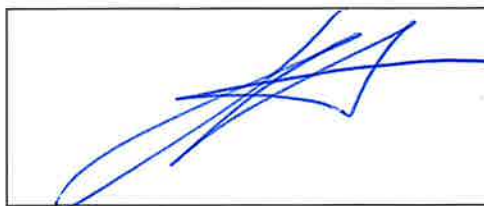
ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTÉ

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 régional.

Fait à Pau Le : 23/03/2015

Signature obligatoire



Déclaration à adresser au conseil régional de Marcelle Aguitaine

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

DÉCLARATION D'INTÉRÊTS DES CONSEILLERS REGIONAUX

Je soussigné(e)

Nom : KINTZING

Prénoms : Clément

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 régional de *Nouvelle Aquitaine*
- ☐ Elu au conseil départemental 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

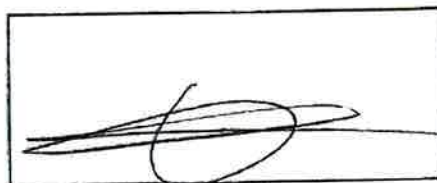
Je soussigné, certifie l'exactitude des renseignements fournis dans la présente déclaration. Je m'engage à actualiser ma déclaration d'intérêts chaque fois que ces informations sont périmées et/ou doivent être complétées.

2

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

Fait à La Rochelle Le : 15/02/22

Signature obligatoire



Déclaration à adresser au conseil régional de Nouvelle-Aquitaine

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



Annexe 2.2 :

**DÉCLARATION D'INTÉRÊTS
DES CONSEILLERS RÉGIONAUX**

Je soussigné(e)

Nom : *LALANNE AZISRAU*Prénoms : *Eléise*Élu au conseil régional de : *N.A*

Depuis le :

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**☒ Élu au conseil départemental de *Landes*☐ Élu au conseil national de l'Ordre des médecins



3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinales

- ☐ Élu assesseur à la chambre disciplinaire nationale
- ☐ Élu 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 ordinale.
- ☐ Autre :
Préciser le cadre :

4. Autres fonctions électives

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



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

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

ORGANISMES 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 régional.

Fait à MONT-DE-MARSAN Le : 05 Juin 2025

Signature obligatoire

Déclaration à adresser au conseil régional de Nouvelle Aquitaine

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.

Annexe 2.2 :

**DÉCLARATION D'INTÉRÊTS
DES CONSEILLERS RÉGIONAUX**

Je soussigné(e)

Nom : **LAMIRAND**

Prénoms : **Jean-Luc**

Élu au conseil régional de : **NOUVEAU AQUITAINE**

Depuis le : **Février 2012**

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

☐ Élu au conseil départemental de

☐ Élu au conseil national de l'Ordre des médecins

3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinaires

- ☐ Élu assesseur à la chambre disciplinaire nationale
- ☐ Élu 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).

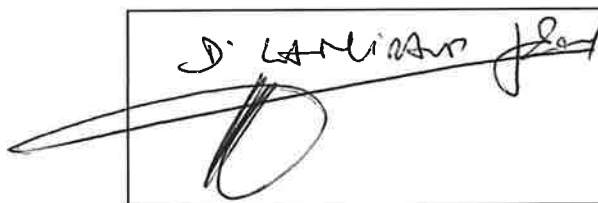
ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTÉ

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 régional.

Fait à Bruxelles Le : 5 06 2025

Signature obligatoire



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

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

DÉCLARATION D'INTÉRÊTS DES CONSEILLERS REGIONAUX

Je soussigné(e)

Nom : LE FLAHEC

Prénoms : Agnès

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 régional de *Nouvelle Aquitaine*

☒ Elu au conseil départemental de *Haute-Vienne*

☐ 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 régional.

Fait à Limoges Le : 8/03/2022

Signature obligatoire



Déclaration à adresser au conseil régional de Nouvelle-Aquitaine

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

DÉCLARATION D'INTÉRÊTS DES CONSEILLERS REGIONAUX

Je soussigné(e)

Nom : AILLARD

Prénoms : Laurent

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 régional de *Nouvelle Aquitaine*
- ☒ Elu au conseil départemental de *Cot et Gironde*
- ☐ 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).

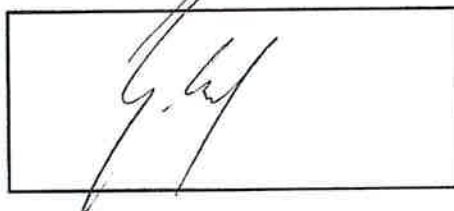
ORGANISMES SOCIETE SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTE

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 régional.

Fait à Agen Le : 07.06.2022

Signature obligatoire



Déclaration à adresser au conseil régional de Nouvelle-Aquitaine

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.

Annexe 2.2 :

**DÉCLARATION D'INTÉRÊTS
DES CONSEILLERS RÉGIONAUX**

Je soussigné(e)

Nom :

Hellat

Prénoms :

Gustave

Élu au conseil régional de :

Nouvelle Aquitaine

Depuis le :

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**

en cours de dossier retraite

☐ **Retraité actif**

2. Mandats ordinaires

☒ Élu au conseil départemental de

☐ Élu au conseil national de l'Ordre des médecins

3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinales

- ☐ Élu assesseur à la chambre disciplinaire nationale
- ☐ Élu 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 ordinale.
- ☐ Autre :
Préciser le cadre :

4. Autres fonctions électives

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

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

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

ORGANISMES 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).

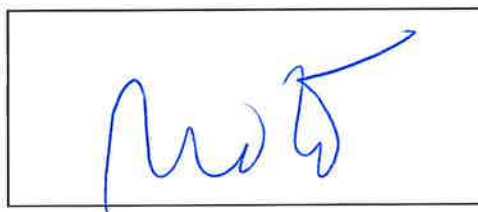
ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTÉ

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 régional.

Fait à 5 juil 2025 Le : Bruggs

Signature obligatoire



Déclaration à adresser au conseil régional de

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

Annexe 2.2 :

**DÉCLARATION D'INTÉRÊTS
DES CONSEILLERS RÉGIONAUX**

Je soussigné(e)

Nom : OUALI

Prénoms : Larvi

Élu au conseil régional de : CROM Nouvelle Aquitaine

Depuis le : Février 2021

1. Activités professionnelles

1.1. Activité principale exercée actuellement

☒ **Activité libérale :**

☒ En cabinet 13, Boulevard Jacques NERISSON 79300 BRESSUIRE

☐ Dans un établissement de soins

☐ **Activité salariée**

☐ Etablissement hospitalier

☐ Autre structure (à préciser)

☐ **Retraité**

☐ **Retraité actif**

2. Mandats ordinaires

☒ Élu au conseil départemental de DEUX SEVRES 79

☐ Élu au conseil national de l'Ordre des médecins

3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinales

- ☐ Élu assesseur à la chambre disciplinaire nationale
- ☒ Élu assesseur à la chambre disciplinaire de 1^{ère} instance de **Nouvelle Aquitaine**
- ☐ Nommé assesseur à la section des assurances sociales nationale
- ☐ Désigné assesseur à la section des assurances sociales de première instance de
- ☒ Membre ou conseil d'une instance collégiale, d'une commission, d'un comité ou d'un groupe de travail au sein de l'Institution ordinale.
- ☒ Autre :
Préciser le cadre : **Président Commission VVS CD79**

4. Autres fonctions électives

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

Membre CA CPTS Bocage Bressuirais

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 régional.

Fait à BRESSUIRE Le : 21 Mars 2025

Signature obligatoire

Dr Larvi OUALI 

Déclaration à adresser au conseil régional de . Nouvelle Aquitaine

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

DÉCLARATION D'INTÉRÊTS DES CONSEILLERS REGIONAUX

Je soussigné(e)

Nom : **PERAULT-POCHAT**

Prénoms : **MARIE-CHRISTINE**

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 régional de *Nouvelle Aquitaine*
- ☒ Elu au conseil départemental de *la Vienne*
- ☐ 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

Sans objet

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 régional.

Fait à Poitiers Le : 29 décembre 2021

Signature obligatoire



Déclaration à adresser au conseil régional de Nouvelle-Aquitaine

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

DÉCLARATION D'INTÉRÊTS DES CONSEILLERS REGIONAUX

Je soussigné(e)

Nom : ROUSSEAU

Prénoms : Anne

1. Activités professionnelles

1.1. Activité principale exercée actuellement

☒ Activité libérale :

☒ En cabinet

☐ Dans un établissement de soins

☐ Activité salariée

☐ Etablissement hospitalier

☐ Autre structure (à préciser)

☐ Retraité

☐ Retraité actif

2. Mandats ordinaires

Préciser la durée du mandat

- ☒ Elu au conseil régional de *Nouvelle Aquitaine*
- ☒ Elu au conseil départemental de *Dordogne*
- ☐ 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 *NA*
- ☐ 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 :

2

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)
CPIS Polefaut Berjua	Vice Président ds MG	☒ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)	03/2020	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 SOCIETE SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTE

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



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

Fait à Bordeaux Le : 16/03/2022

Signature obligatoire

Déclaration à adresser au conseil régional de Nouvelle-Aquitaine

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.

Annexe 2.2 :

DÉCLARATION D'INTÉRÊTS DES CONSEILLERS RÉGIONAUX

Je soussigné(e)

Nom : **SERIS**

Prénoms : **Julien**

Élu au conseil régional de : **NOUVELLE-AQUITAINE**

Depuis le : **13/03/2025**

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

☒ Élu au conseil départemental de **PYRÉNÉES ATLANTIQUES (64)**

☐ Élu au conseil national de l'Ordre des médecins

3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinales

- ☐ Élu assesseur à la chambre disciplinaire nationale
- ☐ Élu 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 ordinale.
- ☐ Autre :
Préciser le cadre :

4. Autres fonctions électives

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

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

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

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

6. Autres liens

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

ORGANISMES 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 régional.

Fait à PAU Le : 20/03/2025

Signature obligatoire



Déclaration à adresser au conseil régional de NOUVELLE-AQUITAINE

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.

Annexe 2.2 :

**DÉCLARATION D'INTÉRÊTS
DES CONSEILLERS RÉGIONAUX**

Je soussigné(e)

Nom : **VEAUX**

Prénoms : **Philippe**

Élu au conseil régional de : **Nouvelle Aquitaine**

Depuis le :

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

☒ Élu au conseil départemental de **Gironde**

☐ Élu au conseil national de l'Ordre des médecins

3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinales

- ☐ Élu assesseur à la chambre disciplinaire nationale
- ☐ Élu 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 ordinale.
- ☐ Autre :
Préciser le cadre :

4. Autres fonctions électives

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

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

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

ORGANISMES 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).

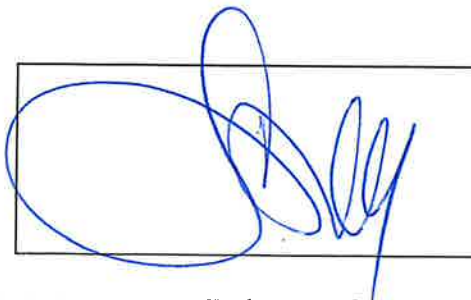
ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTÉ

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 régional.

Fait à Arceachon Le : 16/05/2025,

Signature obligatoire



Déclaration à adresser au conseil régional de

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