

**DÉCLARATIONS D'INTÉRÊT 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)

Dr DAVID-VEZIAT Bernadette (Corrèze)

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)

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

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 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)
SAI laude	Président du conseil d'administration	<input checked="" type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :	6/2019	6/2023
SA périgord reéducation	Président du conseil d'administration	<input checked="" type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> 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).

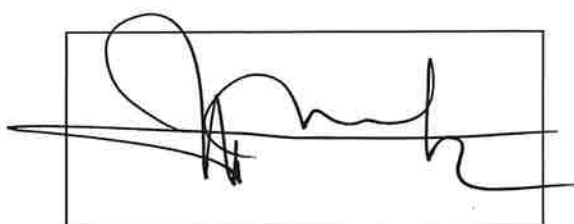
ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTÉ

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 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 :

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	<input type="checkbox"/> Aucune <input checked="" type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :	01/2022	
Edwards Lifesciences	Consultatn	<input type="checkbox"/> Aucune <input checked="" type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> 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).

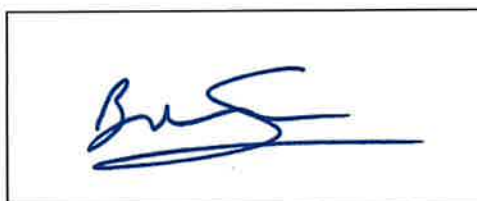
ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTÉ

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 Guirende

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

6. Autres liens

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

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

6. Autres liens

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

ORGANISMES SOCIETE SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTE
HARTMANN	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.

Annexe 2.2 :

DÉCLARATION D'INTÉRÊTS
DES CONSEILLERS RÉGIONAUX

Je soussigné(e)

Nom : BURGUN BENOÎT

Prénoms : Corinne BEATRICE CLEMENTE

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 ordinale

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

6. Autres liens

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

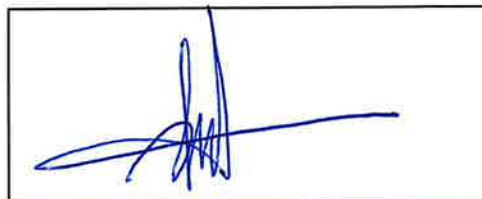
ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTÉ

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 : *CHARTIER*

Prénoms : *LAURENT*

Élu au conseil régional de :

Depuis le : *13 / 03 / 2025*

NA

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

CHARTIER

☐ 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 *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 :

9.

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

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

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

6. Autres liens

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

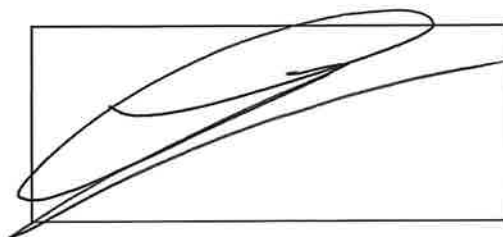
ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTÉ

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 Wierse Le : 25/09/2025

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 : **DR DAVID - VEZIAT**

Prénoms : **Benadette Marie Angèle**

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

Depuis le : **26.3.25**

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 **la Corrèze 19**
- ☐ 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 OCCUPEE	RÉMUNÉRATION	DÉBUT (mois/année)	FIN (mois/année)
		<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :		
		<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :		

6. Autres liens

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

ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE 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 USSEL Le : 26 3 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 : DERAZBOYS Ueé UCCANS

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

6. Autres liens

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

ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE 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 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)
		<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :		
		<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :		

6. Autres liens

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

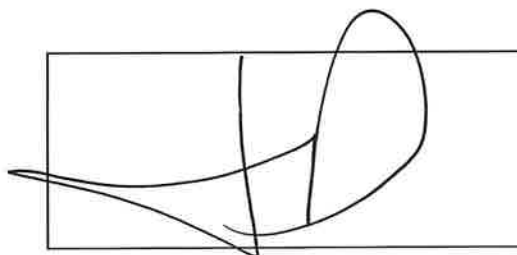
ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTÉ

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 : *13/02/2019*

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 *CRENSC*

☐ Élu au conseil national de l'Ordre des médecins

3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinale

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

6. Autres liens

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

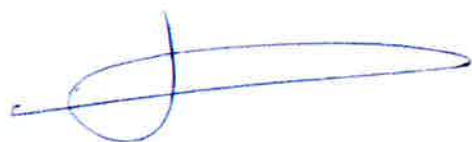
ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTÉ

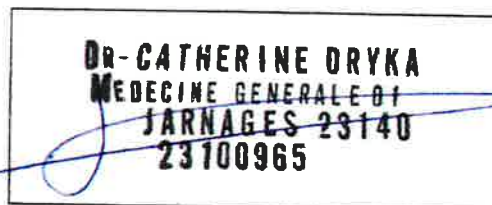
Je soussigné, certifie l'exactitude des renseignements fournis dans la présente déclaration. Je m'engage à actualiser ma déclaration d'intérêts chaque fois que ces informations sont périmées et/ou doivent être complétées.

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 :

SAADJOUR

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 S Landes

☐ 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 CATS de l'Adour (40)
- Président du CAOT 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)
		<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :		
		<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :		

6. Autres liens

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

ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE 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 Aurillac Le : 16 Juin 2025

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 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 :

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

6. Autres liens

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

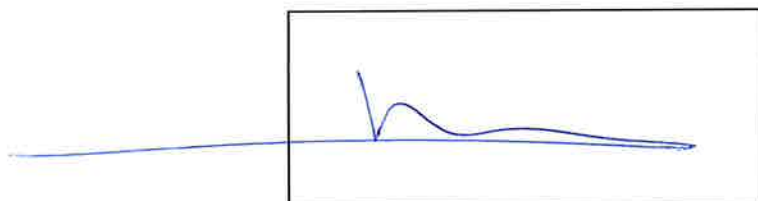
ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTÉ

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 : FAZIEAUD

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 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 :

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

6. Autres liens

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

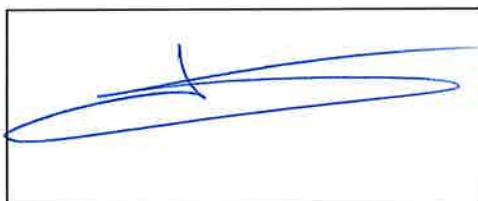
ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTÉ

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 : Marianne

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

6. Autres liens

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

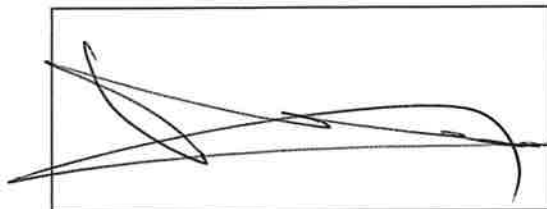
ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTÉ

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 mars 2025

Signature obligatoire



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

DÉCLARATION D'INTÉRÊTS DES CONSEILLERS REGIONAUX

Je soussigné(e)

Nom : GRANGI

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

6. Autres liens

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

ORGANISMES SOCIETE SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTE

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

Cette déclaration ne me décharge pas de mon obligation de me récuser ou de me désister, si j'estime que j'ai des liens susceptibles d'être considérés comme pouvant porter atteinte à mon indépendance, à l'occasion d'une mission ou d'une délibération du conseil 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)
		<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :		
		<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :		

6. Autres liens

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

ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE 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 : 28/03/2021

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

6. Autres liens

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

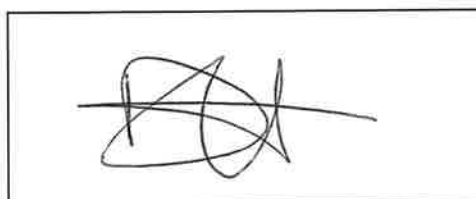
ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTÉ

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 :

4. Autres fonctions électives

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

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

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

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



6. Autres liens

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

ORGANISMES SOCIETE SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTE

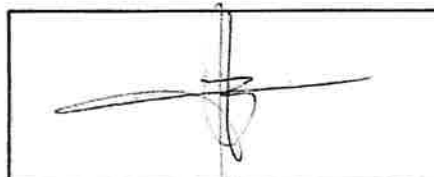
Je soussigné, certifie l'exactitude des renseignements fournis dans la présente déclaration. Je m'engage à actualiser ma déclaration d'intérêts chaque fois que ces informations sont périmées et/ou doivent être complétées.

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

6. Autres liens

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

ORGANISMES 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 : *Moultle 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 Aquitaine*
- ☐ 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 :

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

6. Autres liens

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

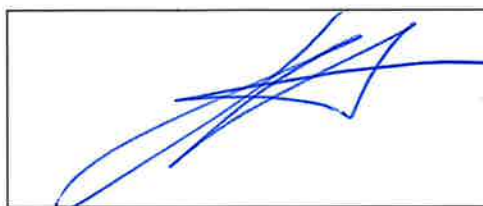
ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTÉ

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 M. 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.

2

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

6. Autres liens

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

ORGANISMES SOCIETE SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTE

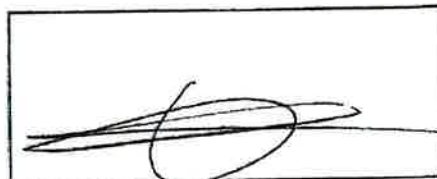
Je soussigné, certifie l'exactitude des renseignements fournis dans la présente déclaration. Je m'engage à actualiser ma déclaration d'intérêts chaque fois que ces informations sont périmées et/ou doivent être complétées.

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 AZISKOU*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 SOCIETE SERVICES...	FONCTION OCCUPEE	REMUNERATION	DÉBUT (mois/année)	FIN (mois/année)
		<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :		
		<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :		



6. Autres liens

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

ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE 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-Louis*

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

6. Autres liens

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

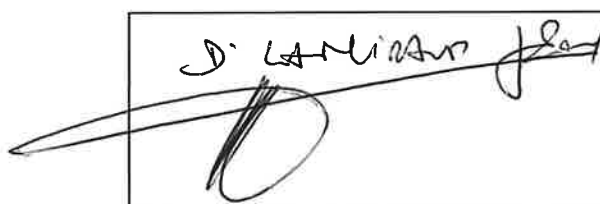
ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTÉ

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

6. Autres liens

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

ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTE

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

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

Fait à Limoges Le : 8/03/2021

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.

Annexe 2.2 :

**DÉCLARATION D'INTÉRÊTS
DES CONSEILLERS RÉGIONAUX**

Je soussigné(e)

Nom : MAILLARD

Prénoms : Laurent

Élu au conseil régional de : Nouvelle Aquitaine

Depuis le : 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 Lot et Garonne 47

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

6. Autres liens

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


ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE 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 : 4.11.2025

Signature obligatoire



Déclaration à adresser au conseil régional de ... Nouvelle Agir France

Annexe 2.2 :

**DÉCLARATION D'INTÉRÊTS
DES CONSEILLERS RÉGIONAUX**

Je soussigné(e)

Nom : **PIREDOX Monique**

Prénoms :

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

6. Autres liens

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

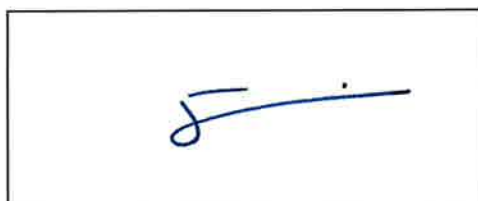
ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTÉ

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 : 11/10/2025

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 :

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

6. Autres liens

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

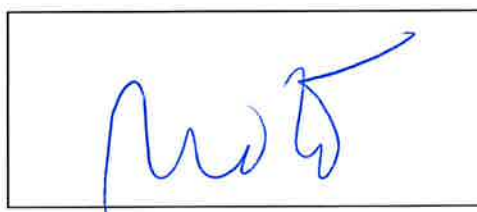
ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTÉ

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

6. Autres liens

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


ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE 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-BOCHAT**

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

6. Autres liens

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

ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTE

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

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

Fait à Aixers 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 N.A.
- ☐ 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 SOCIETE SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	RÉMUNÉRATION	DÉBUT (mois/année)	FIN (mois/année)
CPTS Pole santé Beynac	Vice Président du MG	<input checked="" type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)	03/2020	2023
		<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)		

6. Autres liens

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

ORGANISMES SOCIETE SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTE

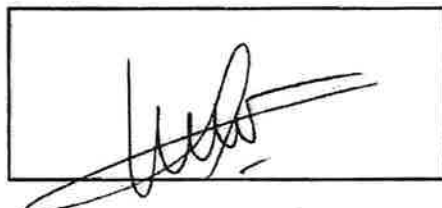
Je soussigné, certifie l'exactitude des renseignements fournis dans la présente déclaration. Je m'engage à actualiser ma déclaration d'intérêts chaque fois que ces informations sont périmées et/ou doivent être complétées.

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

6. Autres liens

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

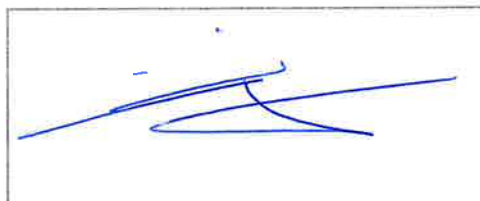
ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTÉ

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

6. Autres liens

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

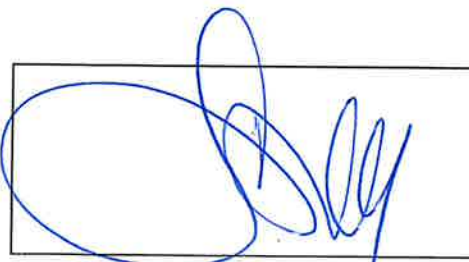
ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTÉ

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.