

ORDRE NATIONAL DES MÉDECINS Conseil régional de Nouvelle-Aquitaine

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)



DÉCLARATION D'INTÉRÊTS DES CONSEILLERS RÉGIONAUX

DES CONSEILLERS REGIONAUX
Je soussigné(e)
Nom: AZNAVO Prénoms: Pobert
Élu au conseil régional de : la houvelle aquitaine
Élu au conseil régional de : la wouvelle aquiteire 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 ordinaux

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



Élu assesseur à la chambre disciplinaire nationale
Élu assesseur à la chambre disciplinaire de 1ère 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 Jalande	premdent du conseil d'administrat	Aucune Au déclarant A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)	6/2019	6/2023
St Cord	Jadminakol	Aucune Au déclarant A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :	6/2019	6/2023



□ 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).

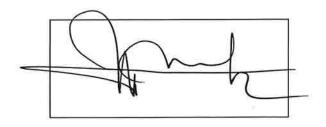
ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTÉ

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 Ponderoux Le: 5/6/2025

Signature obligatoire



Déclaration à adresser au conseil régional de



DÉCLARATION D'INTÉRÊTS

	DES CONSEILLERS RÉGIONAUX
Je sou	ssigné(e)
	Nom: BOISSON
	Prénoms : Matthieu
	Élu au conseil régional de : Nouvelle Aquitaine
	Depuis le : 2022
1. Act	ivités 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. Ma	ndats ordinaux
	Élu au conseil départemental de
	Élu au conseil national de l'Ordre des médecins



Elu assesseur à la chambre disciplinaire nationale
Élu assesseur à la chambre disciplinaire de 1ère 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 SOCIETE SERVICES	FONCTION OCCUPÉE	RÉMUNÉRATION	DÉBUT (mois/année)	FIN (mois/année)
Becton Dickinson	Consultant	Aucune Au déclarant A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser):	01/2022	
Edwards Lifesciences	Consultatn	Aucune Au déclarant A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :	06/2022	



☐ 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.

F=:4 A	Poitiers	10 - 5/06/2025
⊢ait a		

Signature obligatoire

Déclaration à adresser au conseil régional de



Je soussigné(e)

DÉCLARATION D'INTÉRÊTS DES CONSEILLERS RÉGIONAUX

Nom: BOULON
Prénoms: Sophie, Marion
Élu au conseil régional de : Nouvelle Apritaine
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 ordinaux
☑ Élu au conseil départemental de la Gironde
☐ Élu au conseil national de l'Ordre des médecins
· ·



	Élu assesseur à la chambre disciplinaire nationale
Ø	Élu assesseur à la chambre disciplinaire de 1ère instance de Novelle Agricaire
	Nommé assesseur à la section des assurances sociales nationale
	Désigné assesseur à la section des assurances sociales de première instance de
	Membre ou conseil d'une instance collégiale, d'une commission, d'un comité ou d'un groupe de travail au sein de l'Institution ordinale.
	Autre : Préciser le cadre :

4. Autres fonctions électives

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

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

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

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



☐ 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
		14
Ē)		Ť
	¥	

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 Bruges Le: 26/03/2015

Signature obligatoire

Déclaration à adresser au conseil régional de . N. Du. Elle. Agritoire



DÉCLARATION D'INTÉRÊTS DES CONSEILLERS REGIONAUX

Je soussigné(e)		
Nom : Prénoms :	BOUVIER Stephane,	Claude, Céraro
1. Activités profes	sionnelles	
1.1. Activité prin	cipale exercée actuellement	
Activité (ibé)En cat		
□ Dans	un établissement de soins	
Activité sala	riée	
Z Etablis	sement hospitalier	
□ Autre :	structure (à préciser)	
□ Retraité		
□ Retraité acti	f	



2. Mandats ordinaux

Préciser la durée du mandat

Þ	Elu au conseil régional de Mouvelle Aquitceine Elu au conseil départemental de Haute-Vienne
Þ	Elu au conseil départemental de # au le - Vi eu ne
0	Elu au conseil national de l'Ordre des médecins
3. For	nctions d'assesseurs au sein des instances ordinales
۵	Elu assesseur à la chambre disciplinaire nationale
0	Elu assesseur à la chambre disciplinaire de 1 ère instance de
ū	Nommé assesseur à la section des assurances sociales nationale
	Désigné assesseur à la section des assurances sociales de première instance de
0	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.
٥	Autre : Préciser le cadre :



4. Autres fonctions électives

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

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

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

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



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
HART MAHL	In ofen, wer Cetumes wint	S oeur

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.

Faità BORDEAUX Le: 26/3/2022

Signature obligatoire

12/

Déclaration à adresser au conseil régional de Nouvelle-Aquitaine



DÉCLARATION D'INTÉRÊTS DES CONSEILLERS RÉGIONAUX

DES CONSEILLERS RÉGIONAUX
Je soussigné(e)
Nom: BURGUN BENET
Prénoms: Con une BEATRICE CLEMENCE
Élu au conseil régional de : Nouvelle Agutoine
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 ordinaux
🔯 Élu au conseil départemental de Choreute
☐ Élu au conseil national de l'Ordre des médecins



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

4. Autres fonctions électives

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

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

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

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



☐ 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 Anjou l'ême Le: 24.03.25

Signature obligatoire

Déclaration à adresser au conseil régional de ... Nouvelle. Aquitoin c



DÉCLARATION D'INTÉRÊTS DES CONSEILLERS RÉGIONAUX

DES CONSEILLERS REGIONAUX
Je soussigné(e)
Nom: Cuo ARO
Nom: Cuo FARO Prénoms: WALTM
Élu au conseil régional de :
Depuis le : 13 / 0 3 / 2e25
1. Activités professionnelles
1.1. Activité principale exercée actuellement
☐ Activité libérale :
En cabinet
Dans un établissement de soins
□ Activité salariée
□ Etablissement hospitalier
☐ Autre structure (à préciser)
□ Retraité
□ Retraité actif
2. Mandats ordinaux
Élu au conseil départemental de CMARWET

☐ Élu au conseil national de l'Ordre des médecins



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

4. Autres fonctions électives

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



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

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

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



□ 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).

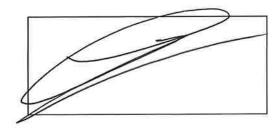
ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTÉ

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 MIN SAC Le: 25/09/2025

Signature obligatoire



Déclaration à adresser au conseil régional de

Sent of the sent of the sent

Annexe 2.2:

DÉCLARATION D'INTÉRÊTS DES CONSEILLERS RÉGIONAUX

Je	soussig	jné((e)	
----	---------	------	-----	--

Nom: DE DAVID - VEZIAT	
Prénoms D \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \	-0
Jenadelle Varie. Hogel	هـ ا
Prénoms: Bernadette Marie. Angèl Élu au conseil régional de: nouvelle Aquel	aine
Depuis le : 26 3 25	
	9 °
· ·	1.
1. Activités professionnelles	
1.1. Activité principale exercée actuellement	
☐ Activité libérale :	150
☐ En cabinet	<u>.</u>
☐ Dans un établissement de soins	a . ii
☐ Activité salariée	
□ Etablissement hospitalier	
☐ Autre structure (à préciser)	
Retraité '	
☐ Retraité actif	
9 2 0	
2. Mandats ordinaux	
Élu au conseil départemental de la Coureza	19



3 ₁ F	U	ictions d a	eccocuis au	sein des instances ordir	iales	
(ב	Élu assess	eur à la chambre	e disciplinaire nationale		•
(ב	Élu assesse	eur à la chambre	e disciplinaire de 1 ^{ère} instance	e de	
(ב	Nommé ass	sesseur à la sec	tion des assurances sociales	nationale	
(_	Désigné as	sesseur à la sec	ction des assurances sociales	s de première i	nstance de
Ţ)	Membre ou groupe de t	conseil d'une ir ravail au sein de	nstance collégiale, d'une com e l'Institution ordinale.	nmission, d'un	comité ou d'un
C	1	Autre : Préciser le	cadre :		¥	
4. A	ut	res fonctio	ons électives		*	
Préc	cise	er la nature	et la durée du o	u des mandats et le nom de la	a ou des organ	isations :
					3 40	
	2.0					20
	4		9.5		٠	
5 Δ			ác à l'avaluata	n dee missisme de semile	a middia	
			G.	on des missions de servid	283	
	. c	Je déclare	avoir perçu per	ndant les cinq années écou	lées des reve	
	.	Je déclare d'activités (produits ou	avoir perçu per ou des parts) d services en lien	ndant les cinq années écou lans des organismes et/ou s avec la santé et/ou des soci	lées des reve ociétés comm létés prestatair	ercialisant des es de services
	. .	Je déclare d'activités (produits ou de l'Ordre (l	avoir perçu per ou des parts) d services en lien Préciser le nom	ndant les cinq années écou lans des organismes et/ou s avec la santé et/ou des soc et l'objet social de ou des org	lées des reve ociétés comm iétés prestatair anisme(s) ou s	ercialisant des es de services
	. .	Je déclare d'activités (produits ou de l'Ordre (l	avoir perçu per ou des parts) d services en lien Préciser le nom	ndant les cinq années écou lans des organismes et/ou s avec la santé et/ou des soci	lées des reve ociétés comm iétés prestatair anisme(s) ou s	ercialisant des es de services
	DRG S	Je déclare d'activités (produits ou de l'Ordre (l	avoir perçu per ou des parts) d services en lien Préciser le nom	ndant les cinq années écou lans des organismes et/ou s avec la santé et/ou des soc et l'objet social de ou des org	lées des reve ociétés comm iétés prestatair anisme(s) ou s	ercialisant des es de services
	DRG S	Je déclare d'activités (produits ou de l'Ordre (Inombre de GANISMES	avoir perçu per ou des parts) d services en lien Préciser le nom parts, la fonction	ndant les cinq années écou lans des organismes et/ou s avec la santé et/ou des soc et l'objet social de ou des org n occupée et/ou l'objet de la r	lées des reve lociétés comm létés prestatair lanisme(s) ou s nission).	ercialisant des res de services société(s) ou le
	DRG S	Je déclare d'activités (produits ou de l'Ordre (Inombre de GANISMES	avoir perçu per ou des parts) d services en lien Préciser le nom parts, la fonction	ndant les cinq années écou lans des organismes et/ou s avec la santé et/ou des soc et l'objet social de ou des org n occupée et/ou l'objet de la r	lées des reve lociétés comm létés prestatair lanisme(s) ou s nission).	ercialisant des res de services société(s) ou le
	DRG S	Je déclare d'activités (produits ou de l'Ordre (Inombre de GANISMES	avoir perçu per ou des parts) d services en lien Préciser le nom parts, la fonction	ndant les cinq années écou lans des organismes et/ou se avec la santé et/ou des societ l'objet social de ou des orge occupée et/ou l'objet de la remunération	lées des reve lociétés comm létés prestatair lanisme(s) ou s nission).	ercialisant des res de services société(s) ou le
	DRG S	Je déclare d'activités (produits ou de l'Ordre (Inombre de GANISMES	avoir perçu per ou des parts) d services en lien Préciser le nom parts, la fonction	ndant les cinq années écou lans des organismes et/ou savec la santé et/ou des societ l'objet social de ou des organisme de la remuneration Aucune Au déclarant A un organisme dont	lées des reve lociétés comm létés prestatair lanisme(s) ou s nission).	ercialisant des res de services société(s) ou le
	DRG S	Je déclare d'activités (produits ou de l'Ordre (Inombre de GANISMES	avoir perçu per ou des parts) d services en lien Préciser le nom parts, la fonction	ndant les cinq années écou lans des organismes et/ou se avec la santé et/ou des societ l'objet social de ou des organismes et/ou l'objet de la remarkation REMUNERATION Aucune Au déclarant Dans de la remarkation l'au déclarant l'au organisme dont vous êtes membre ou salarié	lées des reve lociétés comm létés prestatair lanisme(s) ou s nission).	ercialisant des res de services société(s) ou le
	DRG S	Je déclare d'activités (produits ou de l'Ordre (Inombre de GANISMES	avoir perçu per ou des parts) d services en lien Préciser le nom parts, la fonction	ndant les cinq années écou lans des organismes et/ou se avec la santé et/ou des societ l'objet social de ou des organismes et/ou l'objet de la remarkation REMUNERATION Aucune Au déclarant Dans de la remarkation l'au déclarant l'au organisme dont vous êtes membre ou salarié	lées des reve lociétés comm létés prestatair lanisme(s) ou s nission).	ercialisant des res de services société(s) ou le
	DRG S	Je déclare d'activités (produits ou de l'Ordre (Inombre de GANISMES	avoir perçu per ou des parts) d services en lien Préciser le nom parts, la fonction	ndant les cinq années écou lans des organismes et/ou savec la santé et/ou des societ l'objet social de ou des organismes et/ou l'objet de la resemble de la	lées des reve lociétés comm létés prestatair lanisme(s) ou s nission).	ercialisant des res de services société(s) ou le
	DRG S	Je déclare d'activités (produits ou de l'Ordre (Inombre de GANISMES	avoir perçu per ou des parts) d services en lien Préciser le nom parts, la fonction	andant les cinq années écou lans des organismes et/ou se avec la santé et/ou des societ l'objet social de ou des organisme de la resemble de	lées des reve lociétés comm létés prestatair lanisme(s) ou s nission).	ercialisant des res de services société(s) ou le
	DRG S	Je déclare d'activités (produits ou de l'Ordre (Inombre de GANISMES	avoir perçu per ou des parts) d services en lien Préciser le nom parts, la fonction	ndant les cinq années écou lans des organismes et/ou se avec la santé et/ou des societ l'objet social de ou des organisme de la resemble de l	lées des reve lociétés comm létés prestatair lanisme(s) ou s nission).	ercialisant des res de services société(s) ou le
	DRG S	Je déclare d'activités (produits ou de l'Ordre (Inombre de GANISMES	avoir perçu per ou des parts) d services en lien Préciser le nom parts, la fonction	andant les cinq années écou lans des organismes et/ou se avec la santé et/ou des societ l'objet social de ou des organisme de la resemble de	lées des reve lociétés comm létés prestatair lanisme(s) ou s nission).	ercialisant des res de services société(s) ou le

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
o = - 		5
- L		57 57

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 1836 1 Le 26 3 25

Signature obligatoire

Déclaration à adresser au conseil régional de .. இவக்கி

Aquiraine

ORDRI NATIONAL DI SMI DI CINS Consell National de l'Ordre

Annexe 2.2:

DÉCLARATION D'INTÉRÊTS DES CONSEILLERS RÉGIONAUX

DES CONSEILLERS RÉGIONAUX
Je soussigné(e)
Nom: DELAZAGYS CLEÍC LE CCANON
Nom: DELAZADYS Mé Li CCANDO Prénoms: Stiphene Angele Nells.
Élu au conseil régional de : Neuvelle Africaire Bos deaux
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 ordinaux
Élu au conseil départemental de Nicel (+9)

☐ Élu au conseil national de l'Ordre des médecins



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

4. Autres fonctions électives

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

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

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

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

☐ 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.

Faità Bordeaux Le: 26.03.25

Signature obligatoire

Déclaration à adresser au conseil régional de saclaux



Je soussigné(e)

DÉCLARATION D'INTÉRÊTS DES CONSEILLERS RÉGIONAUX

Prénoms: plumpl Élu au conseil régional de : Nauelle A
1. Activités professionnelles
1.1. Activité principale exercée actuellement
Activité libérale :
En cabinet
☐ Dans un établissement de soins
☐ Activité salariée
☐ Etablissement hospitalier
☐ Autre structure (à préciser)
□ Retraité
☐ Retraité actif
2. Mandats ordinaux
🗷 Élu au conseil départemental de 🔾 wowde
☐ Élu au conseil national de l'Ordre des médecins



Élu assesseur à la chambre disciplinaire nationale
Élu assesseur à la chambre disciplinaire de 1ère 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	DĚBUT (mois/année)	FIN (mois/année)
		Aucune Au déclarant A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser):		
9		Aucune Au déclarant Aun organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser):		



☐ 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).

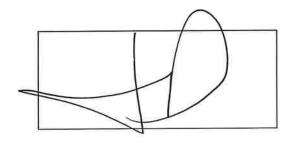
ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTÉ

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 Bordeany Le: 26/03/2025

Signature obligatoire



Déclaration à adresser au conseil régional de



DÉCLARATION D'INTÉRÊTS DES CONSEILLERS RÉGIONAUX

	DES CONSEILLERS REGIONAUX
Je soussi	gné(e)
N	om: DRYUA
P	rénoms: Calharus
É	lu au conseil régional de : Douvelle Apuiloire
D	epuis le: 13 le21 2019
1. Activ	ités professionnelles
1.1.	Activité principale exercée actuellement
E	Activité libérale :
⁽	r En cabinet
	Dans un établissement de soins
	Activité salariée
	Etablissement hospitalier
	Autre structure (à préciser)
C	1 Retraité
C	Retraité actif

2. Mandats ordinaux

- Elu au conseil départemental de CLEUSC
- ☐ 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 FONCTION** DÉBUT SOCIETE RÉMUNÉRATION (mois/année) OCCUPÉE (mois/année) SERVICES... Aucune Au déclarant A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) : Aucune Au déclarant A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :



☐ Je 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.

Signature obligatoire

DR-CATHERINE DRYKA
MEDECINE GENERALE 01
JARNAGES 23140
23100965

Déclaration à adresser au conseil régional de Daniel Louisie



DÉCLARATION D'INTÉRÊTS DES CONSEILLERS RÉGIONAUX

Je soussigné(e)	
Nom: Dubrew	
Nom: Dusnew Prénoms: Tem-franças, Élu au consell régional de: Su Adfaith	
Élu au consell régional de : Su Ad faut '	
Depuis le :	
1. Activités professionnelles	
1.1. Activité principale exercée actuellement	
□ Activité libérale :	
En cabinet	
Dans un établissement de soins	
☐ Activité salariée	
☐ Etablissement hospitaller	
☐ Autre structure (à préciser)	
☐ Retraité	
☐ Retraité actif	
2. Mandats ordinaux	
E, Manau Soldingux	
Etu au conseil départemental de S. Lands	
☐ Élu au consell national de l'Ordre des médecins	

Déclaration d'intérêts

69



Windstree .							
3. Fc	nctions d'as	ssesseurs au s	sein des instances ordina	iles			
	Élu assesse	ur à la chambre	disciplinaire nationale				
	Élu assesse	ur à la chambre	disciplinaire de 1 ^{ère} instance	de			
	Nommé ass	esseur à la secti	on des assurances sociales i	nationale			
	Désigné ass	sesseur à la sect	ion des assurances sociales	de première ir	nstance de		
Œ	/ Membre ou groupe de tr	conseil d'une in avail au sein de	stance collégiale, d'une comm l'institution ordinale.	nission, đun (comité ou d'ur	1	
	Autre : Préciser le c	cadre :					
4. A	utres fonctio	ns électives					
Préci	- Pri	L'adust	des mandats et le nom de la Merchant CAT. - du CADH	s de	1/Add	w '	(40
	Je déclare a d'activités (produits ou de l'Ordre (l	avoir perçu pen ou des paris) d services en lien Préciser le nom e	n des missions de servic dant les cinq années écoul ans des organismes et/ou se avec la santé et/ou des socie et l'objet social de ou des orga occupée et/ou l'objet de la m	ées des reve ociétés comm étés prestatair anisme(s) ou s	ercialisant de: es de service:	S S	
6	ORGANISMES SOCIETE SERVICES	FONCTION OCCUPÉE	RÉMUNÉRATION	DÉBUT (mols/année)	FIN (mols/année)		
			Aucune Au déclarant Aun organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser):				
			I P				

ORGANISMES SOCIETE SERVICES	FONCTION OCCUPÉE	RÉMUNÉRATION	DÉBUT (mols/année)	FIN (mols/année)
		Aucune Au déclarant Aun organisme dont vous éles membre ou salarié (préciser) :		
		Aucune . Au déclarant . Aun organisme dont .vous êtes membre ou salarié . (préciser) :		

Déclaration d'intérêts

70



□ 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 PARENTÈ

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 Au Le: 16 MA 2021

Signature obligatoire

40800 AIRE/L ADOUR 401 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.

Déclaration d'Intérêts

71



Annexe 2.2:

DÉCLARATION D'INTÉRÊTS DES CONSEILLERS RÉGIONAUX

Je soussigné(e)					
Nom: DURANDET					

Prénoms PHILIPE

Élu au conseil régional de : NOUVELLE AQUITAINE

Depuis le: New 2025

1. Activités professionnelles

1.1. Activité principale exercée actuell	.1.	.1.	Activité	principale	exercee	actueller	nent
--	-----	-----	----------	------------	---------	-----------	------

1	Activ		111. 7	1-	_
	ACTIV	ITE	line	raie	•
100	7001		1120	. ~ . ~	

💢 En cabinet

☐ Dans un établissement de soins

□ Activité salariée

□ Etablissement hospitalier

□ Autre structure (à préciser)

□ Retraité

Retraité actif

2. Mandats ordinaux

Élu au conseil départemental de CHARENTE MARITIME

☐ Élu au conseil national de l'Ordre des médecins



UNIK						
3. F	onctions d'a	ssesseurs au	sein des instances ordin	ales		
	☐ Élu assesseur à la chambre disciplinaire nationale					
	☐ Élu assesseur à la chambre disciplinaire de 1ère 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 fonction	ons électives				
Pré	ciser la nature	et la durée du ou	des mandats et le nom de la	ou des organ	isations :	
EN	Elu Unión Régionale des Englesionnels de Sonte Méderins Nouvelle Aquitaine					
5. /	Autres activite	és à l'exclusio	n des missions de servic	e public	550	
	☐ Je déclare avoir perçu pendant les cinq années écoulées des revenus provenant d'activités (ou des parts) dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou des sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le nom et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s) ou le nombre de parts, la fonction occupée et/ou l'objet de la mission).					
	ORGANISMES SOCIETE SERVICES	FONCTION OCCUPÉE	RÉMUNÉRATION	DÉBUT (mois/année)	FIN (mois/année)	
			Aucune Au déclarant A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :			

Aucune
Au déclarant

A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) ;



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).

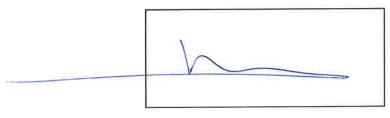
ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTÉ

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: cing sum 2025

Signature obligatoire



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



Annexe 2.2:

DÉCLARATION D'INTÉRÊTS DES CONSEILLERS RÉGIONAUX

DES CONSEILLERS REGIONAUX
Je soussigné(e)
Nom: FAZILLEAUS
Prénoms: BEATRICE
Élu au conseil régional de : Nouvelle Aquitoire.
Depuis le: 7/2/2019 26/3/2025 -> Secretaire fénérale adjoin
1. Activités professionnelles
1.1. Activité principale exercée actuellement
□ Activité libérale :
☐ En cabinet
□ Dans un établissement de soins
□ Activité salariée
□ Etablissement hospitalier
☐ Autre structure (à préciser)
□ Retraité
⊠ Retraité actif
2. Mandats ordinaux
Elu au conseil départemental de Clasente Navition
☐ 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 1ère 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 :

- Islègné CARAF.

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

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

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



□ 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 Boleany Le: 5/6/225

Signature obligatoire

Déclaration à adresser au conseil régional de N. Mulle Aquit one



Annexe 2.2:

DÉCLARATION D'INTÉRÊTS DES CONSEILLERS RÉGIONAUX

DEG GONGELEERG REGIONAGA
Je soussigné(e)
Nom: FONTANGES. DARRIET
Prénoms Varianne Élu au conseil régional de: CROM_Nouvelle Aquitaine
Élu au conseil régional de: CROM_Nouvelle Aquitoire
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 ordinaux

Élu au conseil départemental de le Cinon 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
Ø	Élu assesseur à la chambre disciplinaire de 1ère instance de Nouvelle Aguitain
	Nommé assesseur à la section des assurances sociales nationale
	Désigné assesseur à la section des assurances sociales de première instance de
	Membre ou conseil d'une instance collégiale, d'une commission, d'un comité ou d'un groupe de travail au sein de l'Institution ordinale.
	Autre : Préciser le cadre :

4. Autres fonctions électives

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

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

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

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



Je	déclare	avoir	un I	lien	de	parer	ité ou	ı d'a	lliance	avec	une	ou	de(s)	pers	sonne(s
sa	lariée(s)	et/ou p	ooss	édar	nt de	es inté	erêts f	inand	ciers d	ans de	s org	janis	mes e	t/ou	société
CO	mmercia	alisant	des	prod	duit	s ou :	servic	es e	n lien	avec	la sa	anté	et/ou	de	société
pre	estataire	s de se	ervic	es de	e l'C	Ordre	(Préc	iser I	e degr	é de p	arent	té et	ľobjet	soc	ial de ou
de	s organi	sme(s)	ou :	socié	eté(s), la 1	fonction	on o	ccupée	2).					

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.

Faità Bacleond Le: 21 mars 2025

Signature obligatoire

Déclaration à adresser au conseil régional de ... Nouvalle Aqui l'aine



DÉCLARATION D'INTÉRÊTS DES CONSEILLERS REGIONAUX

Je s	oussigné(e)	
	Nom :	CRANGRI
	Prénoms :	Florence
	tivités profession Activité principa	nnelles ale exercée actuellement
×	Activité libérale	
	O Dans un ét	ablissement de soins
	Activité salariée	
	□ Etablissem	ent hospitalier
	□ Autre struc	ture (à préciser)
•	Retraité	
0	Retraité actif	



2. Mandats ordinaux

Préciser la durée du mandat

Ø	Elu au conseil régional de NA
র্	Elu au conseil départemental de La La Caronas
0	Elu au conseil national de l'Ordre des médecins
3. Foi	nctions d'assesseurs au sein des instances ordinales
0	Elu assesseur à la chambre disciplinaire nationale
Ø	Elu assesseur à la chambre disciplinaire de 1 ^{ère} instance de NA
	Nommé assesseur à la section des assurances sociales nationale
0	Désigné assesseur à la section des assurances sociales de première instance de
0	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.
0	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

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

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



□ 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	Bridge	طر	Le: 19	121	25
	1			,	

Signature obligatoire

Déclaration à adresser au conseil régional de Nouvelle-Aquitaine



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 ordinaux
Élu au conseil départemental de Gronde

☐ 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
Ø	Élu assesseur à la chambre disciplinaire de 1ère 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. Aut	res fonctions électives
Précis	er la nature et la durée du ou des mandats et le nom de la ou des organisations :

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

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

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



☐ 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.

.. Le :

.. Le :

Signature obligatoire

Déclaration à adresser au conseil régional de



Annexe 2.2:

DÉCLARATION D'INTÉRÊTS DES CONSEILLERS RÉGIONAUX

DES CONSEILLERS RÉGIONAUX			
Je soussigné(e)			
Nom: HAMELIN			
Nom: HAMELIN Prénoms: Delphine			
Élu au conseil régional de : NOUVELLE AQUITAINE			
Depuis le: 06/02/2022			
3			
1. Activités professionnelles			
1.1. Activité principale exercée actuellement			
Activité libérale :			
🗷 En cabinet			
☐ Dans un établissement de soins			
☐ Activité salariée			
□ Etablissement hospitalier			
☐ Autre structure (à préciser)			
□ Retraité			
☐ Retraité actif			
2. Mandats ordinaux			
☐ Élu au conseil départemental de			
☐ Élu au conseil national de l'Ordre des médecins			



	e e
3. Fond	ctions d'assesseurs au sein des instances ordinales
o É	Élu assesseur à la chambre disciplinaire nationale
u É	Élu assesseur à la chambre disciplinaire de 1ère 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. Autre	es fonctions électives
Préciser	r la nature et la durée du ou des mandats et le nom de la ou des organisations :
5. Autre	es activités à l'exclusion des missions de service public
	e déclare avoir perçu pendant les cinq années écoulées des revenus provenant d'activités (ou des parts) dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des

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

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).



□ 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 PARENTĖ

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 ROCHEUT Le: 02106/2025

Signature obligatoire

Déclaration à adresser au conseil régional de .. MOUVELLE AQUITAINE

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 : ☐ Dans un établissement de soins □ Activité salariée Etablissement hospitalier ☐ Autre structure (à préciser) ☐ Retraité □ Retraité actif

2. Mandats ordinaux

Préciser la durée du mandat

- Elu au conseil régional de Mouvelle Réquitaine
 De Elu au conseil départemental de la Jundoque
- ☐ Elu au conseil national de l'Ordre des médecins

3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinales

- ☐ 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 ordinale.
- ☐ Autre:

Préciser le cadre :



4. Autres fonctions électives

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

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

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

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



De 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
	3	

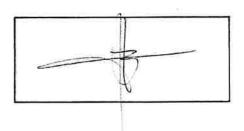
Je soussigné, certifie l'exactitude des renseignements fournis dans la présente déclaration. Je m'engage à actualiser ma déclaration d'intérêts chaque fois que ces informations sont périmées et/ou doivent être complétées.



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



Annexe 2.2

Je soussigné(e)

DÉCLARATION D'INTÉRÊTS DES CONSEILLERS RÉGIONAUX

Nom: HARMANT
Prénoms : Sy l U S Élu au conseil régional de : NA
Élu au conseil régional de : 🏻 🖊 🥱
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 ordinaux

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 1ère instance de
	Nommé assesseur à la section des assurances sociales nationale
	Désigné assesseur à la section des assurances sociales de première instance de
M	Membre ou conseil d'une instance collégiale, d'une commission, d'un comité ou d'un groupe de travail au sein de l'Institution ordinale.
	Autre : Préciser le cadre :

4. Autres fonctions électives

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

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

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

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



□ 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 SOCIÈTÉ 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 Briges Le: 2/6/2007

Signature obligatoire



Déclaration à adresser au conseil régional de



Annexe 2.2:

DÉCLARATION D'INTÉRÊTS DES CONSEILLERS RÉGIONAUX

Je sou	ssigné(e)						
	Nom: Hun ceut Prénoms: Me colus						
	Prénoms: Me colus Élu au conseil régional de: Mouvelle Aquilaine Depuis le: 13/03/1025						
	Depuis le : 13/03/1025						
1. Act	ivités 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						
0.14	Late and Parameter						
2. Mai	ndats ordinaux						
×	Élu au conseil départemental de Pyrénées A Mentières						
	Élu au conseil national de l'Ordre des médecins						



Made	CONS						
3	For	nctions d'a	ssesseurs au	sein des instances ordina	ales		
		Élu assesse	eur à la chambre	disciplinaire nationale	20		
		Élu assesse	eur à la chambre	disciplinaire de 1ère instance	de		
		Nommé ass	esseur à la sect	ion des assurances sociales	nationale		
	Ø	Désigné ass	sesseur à la sect	tion des assurances sociales	de première i	nstance de	alain
		Membre ou	conseil d'une in	stance collégiale, d'une comi l'Institution ordinale.	ηγ <i>στω</i> mission, d'un	comité ou d'u	n
		Autre : Préciser le cadre :					
4.	Aut	res fonctio	ns électives				
	Aut	res activité Je déclare a d'activités (és à l'exclusio avoir perçu pen ou des parts) da	n des missions de servic dant les cinq années écoule ans des organismes et/ou so	e public ées des reve ociétés comm	nus provenar iercialisant de	nt s
		•	IETE COCCUPÉE RÉMUNÉRATION DEBUT (mois/année) Aucune Au déclarant A un organisme dont				
	:	GANISMES SOCIETE ERVICES		RÉMUNÉRATION			
				Au déclarant			

Aucune

Au déclarant

A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :



☐ 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 P Clu Le: 23/03/2015

Signature obligatoire

Déclaration à adresser au conseil régional deM. crusselle A quil cuine

2

DÉCLARATION D'INTÉRÊTS DES CONSEILLERS REGIONAUX

Je soussigné(e)
Nom: LeiNTZINGM. Prénoms: Clement
1. Activités professionnelles
1.1. Activité principale exercée actuellement
Activité libérale :
Dans un établissement de soins
□ Activité salariée
□ Etablissement hospitalier
☐ Autre structure (à préciser)
□ Retraité
□ Retraité actif



2. Mandats ordinaux Préciser la durée du mandat
Preciser la durée du mandat
& Elu au conseil régional de Nouvelle Aquilaire
□ Elu au conseil départemental de
☐ Elu au conseil national de l'Ordre des médecins
3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinales
□ Elu assesseur à la chambre disciplínaire 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 ordinale.
□ Autre : Préciser le cadre :



4. Autres fonctions électives

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



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

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

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



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.

Déclaration d'Intérêts



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 1502122

Signature obligatoire

Déclaration à adresser au conseil régional de Nouvelle-Aquitaine

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

about:blank Firefox



Annexe 2.2:

X

DÉCLARATION D'INTÉRÊTS DES CONSEILLERS RÉGIONAU
Je soussigné(e)
Nom: CALANNE Azibeau Prénoms: Eleise
Prénoms: Elaise
Élu au conseil régional de : V.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 ordinaux
Élu au conseil départemental de 24NJ 5
☐ Élu au conseil national de l'Ordre des médecins

1 sur 3



3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinales

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

4. Autres fonctions électives

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



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

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

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

Déclaration d'intérêts



□ 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 MARSANLE: OF JUIN 625

Signature obligatoire

Déclaration à adresser au conseil régional de Nouveus AsuiTrive

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

DES CONSCILLERS REGIONACX
Je soussigné(e)
Nom: LAMIROND
Prénoms: Jean Loul
Élu au conseil régional de : Nouveus Aculiminte
Depuis le: FEVMER 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 ordinaux
☐ 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 1ère 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.

4. Autres fonctions électives

Préciser le cadre :

■ Autre :

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	CIETE FONCTION RÉMUNÉRATION		DÉBUT (mois/année)	FIN (mois/année)
		Aucune Au déclarant A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :		
		Aucune Au déclarant A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :		



☐ Je 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 OCCUPEE	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 Brujen Le: 5 06 2025

Signature obligatoire

D. LANCIAN flood

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.



Je soussigné(e)

DÉCLARATION D'INTÉRÊTS DES CONSEILLERS REGIONAUX

	Nom : Prénoms :	LE	FLAHE C Agues
1. Ac	tívités profe	essionne	iles
1.1.	Activité pr	incipale	exercée actuellement
۵	Activité lib	,	
	🗆 Dans	un établi	ssement de soins
a	Activité sai	ariée	
	Etabl	issement	hospitaller
	☐ Autre	structure	(à préciser)
ū	Retraité		
ū	Retraité ac	ilf	



2. Mandats ordinaux

Préciser la durée du mandat	
Elu au conseil régional de Marwelle Aquelaure de Leure Leure	
Elu au conseil départemental de Haute- Vienue	
☐ Elu au conseil national de l'Ordre des médecins	
3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinales	
□ 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 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

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

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



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	FONGTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTE
20		

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 dolvent 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 Lunges Le : 8/03/2026

Signature obligatoire

Déclaration à adresser au conseil régional de Nouvelle-Aquitaine

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



Je soussigné(e)

DÉCLARATION D'INTÉRÊTS DES CONSEILLERS REGIONAUX

Nom: AAILLERS Prénoms: Laurent
I. Activités professionnelles
1.1. Activité principale exercée actuellement
□ Activité libérale : □ En cabinet
Dans un établissement de soins
□ Activité salariée
Etablissement hospitalier
☐ Autre structure (à préciser)
□ Retraité
□ Retraité actif



2. Mandats ordinaux

Préciser la durée du mandat

- à Elu au conseil régional de Morvelle 4 quiveux e
- Elu au conseil départemental de Lot et 6 4 non not
- ☐ Elu au conseil national de l'Ordre des médecins

3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinales

- ☐ 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 ordinale.
- ☐ Autre : Préciser le cadre :



4. Autres fonctions électives

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

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

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

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

Déclaration d'intérêts



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 4 gen Le: 07.06.2022

Signature obligatoire

9.4

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 sou	ssig	gné(e)
	No	om: MIREPOIX Monique
	Pr	énoms :
	Élu	u au conseil régional de : Wouvelle Aquibani
	De	epuis le :
1. Act	ivit	és professionnelles
1.1.		Activité principale exercée actuellement
	M	Activité libérale :
		En cabinet
		Dans un établissement de soins
		Activité salariée
		Etablissement hospitalier
		Autre structure (à préciser)
	_	Retraité
		Retraité actif
2. Mai	nda	ats ordinaux
☑.	ٔÉlu	u au conseil départemental de 6 4

☐ 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 1ère 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 :
Διι ί	res fonctions électives

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	DĖBUT (mois/année)	FIN (mois/année)
	ta ga	Aucune Au déclarant A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :		
	,	Aucune Au déclarant A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :		



☐ Je 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.

Signature obligatoire

5

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: Gastave
Prénoms: Costane
Élu au conseil régional de : No volle April V
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 dostrice Whate
□ Retraité actif
2. Mandats ordinaux
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 1ère 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	RÉMUNÈRATION	DÉBUT (mois/année)	FIN (mois/année)
		Aucune Au déclarant A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :		
		Aucune Au déclarant A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :		



☐ Je 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 pm lors Le : Kruffs

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:

			DI		ION D'INTÉRÊTS LERS RÉGIONAUX
Je sou	ssigne	é(e)			
	Nom	*	OUALI		
	Prén	oms:	Larvi		
	Élu a	u conseil r	égional (de: crom	Nouvelle Aquitaine
	Depu	uis le : F	évrier 2021		
1. Act	ivités	professio	nnelles		
1.1.	Ac	tivité princ	ipale exe	ercée actuell	lement
	A	ctivité libér	ale :		
	E	n cabinet	13, Boule	vard Jacques NĚ	RISSON 79300 BRESSUIRE
	u D	ans un étab	lissemen	t de soins	
	□ A	ctivité sala	riée		
	o E	tablissemen	t hospita	lier	
	□ A	utre structur	e (à préd	ciser)	
	□ R	etraité			
	□ R	etraité actif	:		
2. M aı	ndats	ordinaux			
>	Élu a	u conseil dé	parteme	ntal de	DEUX SEVRES 79
	Élu a	u conseil na	tional de	l'Ordre des i	médecins



3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinales

	Élu assesseur à la chambre disciplinaire nationale
>	Élu assesseur à la chambre disciplinaire de 1ère 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'ur groupe de travail au sein de l'Institution ordinale.
\geq	Autre :

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

Préciser le cadre : Président Commission VVS CD79

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

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

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



☐ 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	85)	

Déclaration à adresser au conseil régional de . Nouvelle Aquitaine

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



DÉCLARATION D'INTÉRÊTS DES CONSEILLERS REGIONAUX

Je soussigné(e)				
Nom: PERAULT. POCHAT Prénoms: MARIE-CHRISTINE				
1. Activités professionnelles				
1.1. Activité principale exercée actuellement				
☐ Activité libérale :				
□ En cabinet				
 Dans un établissement de soins 				
Activité salariée				
▼ Etablissement hospitalier				
☐ Autre structure (à préciser)				
□ Retraité				
□ Retraité actif				



2. Mandats ordinaux Préciser la durée du mandat

3	Elu au conseil régional de Nouvelle Aquitaine
3	Elu au conseil départemental de la Vienne
	Elu au conseil national de l'Ordre des médecins
3. For	nctions d'assesseurs au sein des instances ordinales
	Elu assesseur à la chambre disciplinaire nationale
o	Elu assesseur à la chambre disciplinaire de 1 ^{ère} instance de
۵	Nommé assesseur à la section des assurances sociales nationale
	Désigné assesseur à la section des assurances sociales de première instance de
A	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

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



☐ 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.

Faità Poiters Le: 29 Jéanhu 2011

Signature obligatoire

Déclaration à adresser au conseil régional de Nouvelle 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.



Je soussigné(e)

DÉCLARATION D'INTÉRÊTS DES CONSEILLERS REGIONAUX

Nom: ROUSSEAU Prénoms: Anne
1. Activités professionnelles
1.1. Activité principale exercée actuellement
Activité libérale :
Dans un établissement de soins
□ Activité salariée
☐ Etablissement hospitalier
☐ Autre structure (à préciser)
□ · Retraité
□ Retraité actif



2. Mandats ordinaux Préciser la durée du mandat
Elu au conseil régional de Nouvelle Aquilaine
▲ Elu au conseil départemental de Dordome
☐ Elu au conseil national de l'Ordre des médecins
3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinales
☐ Elu assesseur à la chambre disciplinaire nationale
🕰 Elu assesseur à la chambre disciplinaire de 1ère 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

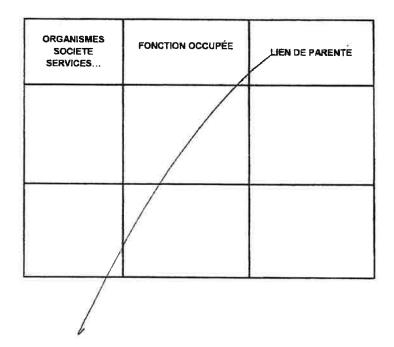
5. Autres activités à l'exclusion des missions de service public

De 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)
CPISte Pole gerynac	Vice Presi do MG	Aucune Au déclarant A un organisme dont vous êtes membre ou salarié préciser)	03/201	2023
		Aucune Au déclarant A un organisme dont vous êtes membre ou salarié		



☐ 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).



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



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

Fait à Bordeaux Le 16/02/2022

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 fibertés, 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: SERS
Prénoms: John
Élu au conseil régional de : Nouveut - A qui TA:NE
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 ordinaux
Élu au conseil départemental de PYNÉVÉES ATLANTIQUES (64)
D. Élu au conseil national de l'Ordre des médecins



			sein des instances ordin	CA & CV CV	
	Élu assesse	eur à la chambre	disciplinaire nationale		
	Élu assesse	eur à la chambre	disciplinaire de 1 ^{ère} instance	de	
	Nommé ass	esseur à la sect	tion des assurances sociales	nationale	
	Désigné ass	sesseur à la sec	tion des assurances sociales	de première in	nstance de
			nstance collégiale, d'une com a l'Institution ordinale.	mission, d'un	comité ou d'ur
	Autre : Préciser le c	cadre :			
l. Au	tres fonctic	ns électives			
Précis	er la nature e	et la durée du ou	u des mandats et le nom de la	a ou des organ	isations :
	disease on one of the side of				
			n des missions de servic		
	Je déclare a d'activités (produits ou de l'Ordre (l	avoir perçu per ou des parts) d services en lien Préciser le nom	n des missions de servic ndant les cinq années écou ans des organismes et/ou s avec la santé et/ou des soci et l'objet social de ou des org n occupée et/ou l'objet de la n	lées des reve ociétés comm étés prestatair anisme(s) ou s	ercialisant de: es de service:
OF	Je déclare a d'activités (produits ou de l'Ordre (l	avoir perçu per ou des parts) d services en lien Préciser le nom	ndant les cinq années écou ans des organismes et/ou s avec la santé et/ou des soci et l'objet social de ou des org	lées des reve ociétés comm étés prestatair anisme(s) ou s	ercialisant de: es de service:
OF	Je déclare a d'activités (produits ou de l'Ordre (l' nombre de l'	avoir perçu per ou des parts) d services en lien Préciser le nom parts, la fonction	ndant les cinq années écou ans des organismes et/ou s avec la santé et/ou des soci et l'objet social de ou des org n occupée et/ou l'objet de la n	lées des reve ociétés comm étés prestatair ranisme(s) ou s nission).	ercialisant des res de services société(s) ou le



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
WE WE		

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 PAV Le 20/03/2025

Signature obligatoire

Déclaration à adresser au conseil régional de . Novrette : Aquirette -

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 so	uss	igné(e)
	N	om: VEAUX
	P	rénoms: Philipe
		lu au conseil régional de : Naurelle April ai
	D	epuis le :
4.4-	4::	45
	TIVI	tés professionnelles
1.1.		Activité principale exercée actuellement
	A	Activité libérale :
	P	En cabinet
		Dans un établissement de soins
		Activité salariée
		Etablissement hospitalier
		Autre structure (à préciser)
		Retraité
		Retraité actif
2. M a	nda	nts ordinaux
A	Élu	au conseil départemental de GNON
		au conseil national de l'Ordre des médecins

Déclaration d'intérêts



3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinales

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

4. Autres fonctions électives

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

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

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

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



☐ 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 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.