

DÉCLARATIONS D'INTÉRÊT DES CONSEILLERS RÉGIONAUX DE L'ORDRE DES MÉDECINS – ÉLECTIONS DU 6 FÉVRIER 2022

Dr BACQUART Michel (Charente)

Dr BOISSON Matthieu (Vienne)

Dr BOULON Sophie (Gironde)

Dr BOUVIER Stéphane (Haute-Vienne)

Dr BURGUN-BENOIT Corinne (Charente)

Dr DELABROYE Stéphane (Deux-Sèvres)

Dr DOMBLIDES Philippe (Gironde)

Dr DRYKA Catherine (Creuse)

Dr DUBROCA Jean-François (Landes)

Dr FAZILLEAUD Béatrice (Charente-Maritime)

Dr FONTANGES-DARRIET Marianne (Gironde)

Dr GOUDEAUX Pierre (Corrèze)

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 KINTZINGER Clément (Charente-Maritime)

Dr LAGRAVE Françoise (Landes)

Dr LAMIRAUD Jean-Paul (Creuse)

Dr LATHIERE Nicole (Corrèze)

Dr LE BRUN Bernard (Charente-Maritime)

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 PERAULT-POCHAT Marie-Christine (Vienne)

Dr ROUSSEAU Anne (Dordogne)

Dr VEAUX Philippe (Gironde)

DÉCLARATION D'INTÉRÊTS DES CONSEILLERS REGIONAUX

Je soussigné(e)

Nom : *BACQUART*
Prénoms : *Michel - Gerard.*

1. Activités professionnelles

1.1. Activité principale exercée actuellement

Activité libérale :

En cabinet

Dans un établissement de soins

Activité salariée

Etablissement hospitalier

Autre structure (à préciser)

Retraité

Retraité actif

2. Mandats ordinaires

Préciser la durée du mandat

- Elu au conseil régional de *Nouvelle Aquitaine (fin 2025)*
- Elu au conseil départemental de *la Charente (fin 2022)*
- Elu au conseil national de l'Ordre des médecins

3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinaires

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

4. Autres fonctions électives

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

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

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

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

6. Autres liens

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

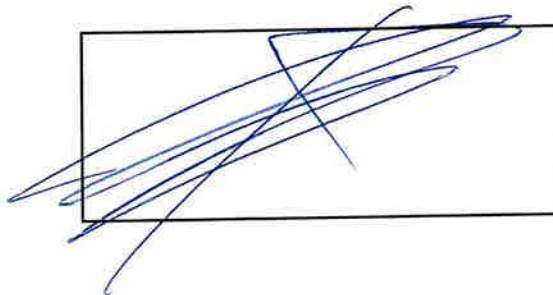
ORGANISMES SOCIETE SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTE

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

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.

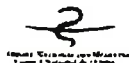
Fait à Bordeaux Le : 13/02/19

Signature obligatoire



Déclaration à adresser au conseil régional de Nouvelle-Aquitaine

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



DÉCLARATION D'INTÉRÊTS DES CONSEILLERS REGIONAUX

Je soussigné(e)

Nom : **BOISSON**

Prénoms : **Mathieu**

1. Activités professionnelles

1.1. Activité principale exercée actuellement

Activité libérale :

En cabinet

Dans un établissement de soins

Activité salariée

Etablissement hospitalier

Autre structure (à préciser)

Retraité

Retraité actif

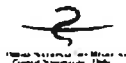
2. Mandats ordinaires

Préciser la durée du mandat

- Elu au conseil régional de *Nouvelle Aquitaine (6 ans)*
- Elu au conseil départemental de
- Elu au conseil national de l'Ordre des médecins

3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinaires

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



4. Autres fonctions électives

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

Mutualité : x Administrateur AGMF Prévoyance, GPM 86 (6 ans)
GPM Hospitaliers, GPM Jeunes Professionnels de Santé
x Vice-Président du Comité d'Audit et des Risques (2 ans)
du Groupe Pasteur Mutualité

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

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

ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	RÉMUNÉRATION	DÉBUT (mois/année)	FIN (mois/année)
Laboratoire Beckon Dickinson	Conseils	<input type="checkbox"/> Aucune <input checked="" type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)		01/2022
CNEH	Formateur Auditeur	<input type="checkbox"/> Aucune <input checked="" type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :	4/2021	/

Groupe Pasteur Mutualité

Administrateur avec attribution permanente au déclarant

2014

/



6. Autres liens

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

ORGANISMES SOCIETE SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTE

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



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

Fait à Poitiers Le : 14/02/2022

Signature obligatoire

Déclaration à adresser au conseil régional de Nouvelle-Aquitaine

Dr. M. BOISSON

N° RPPS : 10100386670

Service d'Anesthésie-Réanimation

CHU - BP 577 - 86021 POITIERS CEDEX

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

DÉCLARATION D'INTÉRÊTS DES CONSEILLERS REGIONAUX

Je soussigné(e)

Nom : BOULAN

Prénoms : Sophie, Marion

1. Activités professionnelles

1.1. Activité principale exercée actuellement

Activité libérale :

En cabinet

Dans un établissement de soins

Activité salariée

Etablissement hospitalier

Autre structure (à préciser)

Retraité

Retraité actif

2. Mandats ordinaires

Préciser la durée du mandat

- Elu au conseil régional de Nouvelle Aquitaine (2022-2025)
- Elu au conseil départemental de la Gironde (2018-2024)
- Elu au conseil national de l'Ordre des médecins

3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinaires

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

4. Autres fonctions électives

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

~~Conseiller d'Administration de l'Ordre des Opticiens de France (2018-2024)
 Président de l'Ordre des Opticiens de France (2018-2024)~~

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

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

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

6. Autres liens

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

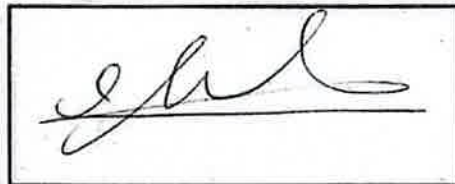
ORGANISMES SOCIETE SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTE

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

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

Fait à BORDEAUX..... Le : 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 libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant.

DÉCLARATION D'INTÉRÊTS DES CONSEILLERS REGIONAUX

Je soussigné(e)

Nom : *BOUVIER*

Prénoms : *Stéphane, Claude, Gérard*

1. Activités professionnelles

1.1. Activité principale exercée actuellement

Activité libérale :

En cabinet

Dans un établissement de soins

Activité salariée

Etablissement hospitalier

Autre structure (à préciser)

Retraité

Retraité actif



2. Mandats ordinaires

Préciser la durée du mandat

- Elu au conseil régional de *Nouvelle Aquitaine*
- Elu au conseil départemental de *Haute-Vienne*
- Elu au conseil national de l'Ordre des médecins

3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinaires

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



4. Autres fonctions électives

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

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

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

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



6. Autres liens

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

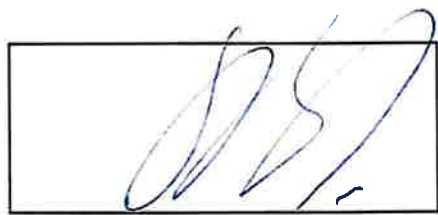
ORGANISMES SOCIETE SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTE
HARTMANH	Ingenieur Commercial	Sœur

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

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

Fait à Bordeaux Le : 26/03/2022

Signature obligatoire



Déclaration à adresser au conseil régional de Nouvelle-Aquitaine

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

CONSEIL REGIONAL DE NOUVELLE-AQUITAINE DE L'ORDRE DES MEDECINS

Madame : DELABROYE Stéphane

Nom de naissance LICCANDI

N° de sécurité sociale :

2	6	5	0	7	6	0	1	5	7	0	4	9	5	1
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Date de naissance 23.07.1965

Lieu de naissance CLERMONT (60)

Département de naissance Oise

Pays de naissance France.

Médecin en activité Activité principale : Ch' de cabinet généraliste

Médecin retraitée

Adresse DOMICILE 62, rue de la tour

Code postal :

7	9	3	8	0
---	---	---	---	---

Localité : LA FORÊT SUR LOISE

adresse de correspondance ?

Adresse PROFESSIONNELLE 2, rue de la tour

Code postal :

7	9	3	2	0
---	---	---	---	---

Localité : MONCOURANT

adresse de correspondance ?

Numéros de téléphone 0549808996

0682939978

Mail personnel delabroye@live.fr



DÉCLARATION D'INTÉRÊTS DES CONSEILLERS REGIONAUX

Je soussigné(e)

Nom : DELASBOTS

Prénoms : Stéphane, Angela, Nelly.

1. Activités professionnelles

1.1. Activité principale exercée actuellement

Activité libérale :

En cabinet

Dans un établissement de soins

Activité salariée

Etablissement hospitalier

Autre structure (à préciser)

Retraité

Retraité actif



2. Mandats ordinaires

Préciser la durée du mandat

- Elu au conseil régional de *Nouvelle Aquitaine*
- Elu au conseil départemental de *Niort Deux Vents*
- Elu au conseil national de l'Ordre des médecins

3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinaires

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



4. Autres fonctions électives

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

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

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

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

2

6. Autres liens

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

ORGANISMES SOCIETE SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTE

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



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

Fait à Claucent Le : 11/12/20

Signature obligatoire

Déclaration à adresser au conseil régional de Nouvelle-Aquitaine

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

Déclaration d'intérêts

DÉCLARATION D'INTÉRÊTS DES CONSEILLERS REGIONAUX

Je soussigné(e)

Nom : DOMBLI OES

Prénoms : philippe

1. Activités professionnelles

1.1. Activité principale exercée actuellement

Activité libérale :

En cabinet

Dans un établissement de soins *clinique Bx Nord.*

Activité salariée

Etablissement hospitalier

Autre structure (à préciser)

Retraité

Retraité actif

2. Mandats ordinaires

Préciser la durée du mandat

- Elu au conseil régional de 2007 suppléant pour 2013 titulaire
- Elu au conseil départemental de Grande 2008 titulaire
2002 ↓
- Elu au conseil national de l'Ordre des médecins

3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinaires

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

4. Autres fonctions électives

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

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

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

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

6. Autres liens

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

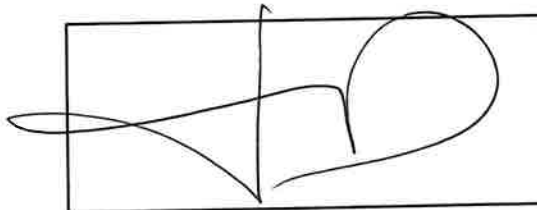
ORGANISMES SOCIETE SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTE

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

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 : 13/02/2019

Signature obligatoire



A handwritten signature, possibly 'J. P.', enclosed in a rectangular box.

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 : *DRYKA*

Prénoms : *Catherine*

1. Activités professionnelles

1.1. Activité principale exercée actuellement

Activité libérale :

En cabinet

Dans un établissement de soins

Activité salariée

Etablissement hospitalier

Autre structure (à préciser)

Retraité

Retraité actif

2. Mandats ordinaires

Préciser la durée du mandat

- Elu au conseil régional de *la Nouvelle Aquitaine (2019-2021)*
- Elu au conseil départemental de *la CREUSE depuis 2015*
Titulaire depuis 02/2021
- Elu au conseil national de l'Ordre des médecins

3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinaires

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

6. Autres liens

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

ORGANISMES 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 Jarnac Le : 15.02.2022

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 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 :

Dubreux

Prénoms :

Jean - François

1. Activités professionnelles

1.1. Activité principale exercée actuellement

Activité libérale :

En cabinet

Dans un établissement de soins

Activité salariée

Etablissement hospitalier

Autre structure (à préciser)

Retraité

Retraité actif

2. Mandats ordinaires

Préciser la durée du mandat

- Elu au conseil régional de
- Elu au conseil départemental de **CANDES**
- Elu au conseil national de l'Ordre des médecins

3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinaires

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

4. Autres fonctions électives

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

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

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

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

6. Autres liens

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

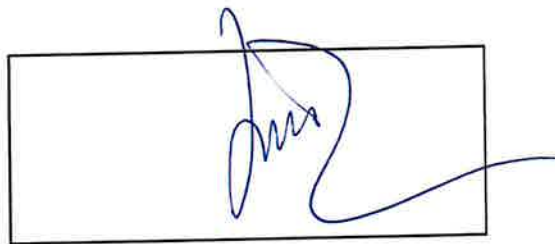
ORGANISMES SOCIETE SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTE

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

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 : 13 Février 2019

Signature obligatoire



Déclaration à adresser au conseil régional de Nouvelle-Aquitaine

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

2. Mandats ordinaires

Préciser la durée du mandat

6 ans

- Elu au conseil régional de NA .
- Elu au conseil départemental de 17 -
- Elu au conseil national de l'Ordre des médecins

3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinaires

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

4. Autres fonctions électives

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

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

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

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

6. Autres liens

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

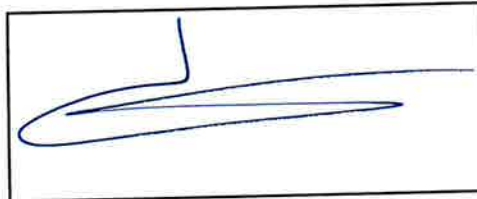
ORGANISMES SOCIETE SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTE

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 : 13/2/2019

Signature obligatoire



Déclaration à adresser au conseil régional de Nouvelle-Aquitaine

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

DÉCLARATION D'INTÉRÊTS DES CONSEILLERS REGIONAUX

Je soussigné(e)

Nom : FONTANGES-DARRIET

Prénoms : Marianne

1. Activités professionnelles

1.1. Activité principale exercée actuellement

Activité libérale :

En cabinet

Dans un établissement de soins

Activité salariée

Etablissement hospitalier

Autre structure (à préciser)

Retraité

Retraité actif

2. Mandats ordinaires

Préciser la durée du mandat

- Elu au conseil régional de
- Elu au conseil départemental de *la GIRONDE*
- Elu au conseil national de l'Ordre des médecins

3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinaires

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

4. Autres fonctions électives

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

*Conseiller Ordre de la Croix de
Vie - pénitente*

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

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

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

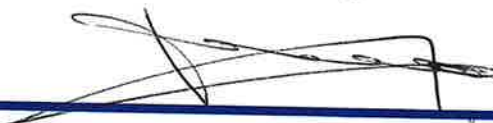
6. Autres liens

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

ORGANISMES SOCIETE SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTE

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

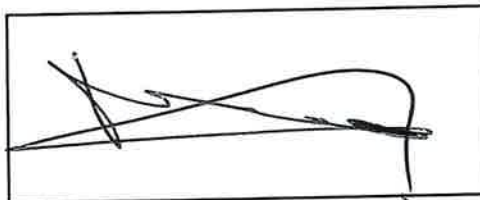
Yvanne Foukange-Daniel



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 : 13 février 2019

Signature obligatoire



Déclaration à adresser au conseil régional de Nouvelle-Aquitaine

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

2



**DÉCLARATION D'INTÉRÊTS
DES CONSEILLERS REGIONAUX**

Je soussigné(e)

Nom : **GOUDEAU X**

Prénoms : **PIERRE**

1. Activités professionnelles

1.1. Activité principale exercée actuellement

Activité libérale :

En cabinet

Dans un établissement de soins

Activité salariée

Etablissement hospitalier

Autre structure (à préciser)

Retraité

Retraité actif

Déclaration d'intérêts



2. Mandats ordinaires

Préciser la durée du mandat

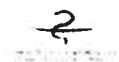
- Elu au conseil régional de **NOUVEAU AQUITAINE**
- Elu au conseil départemental de **CORREZE 19**
- Elu au conseil national de l'Ordre des médecins

3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinaires

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

Déclaration d'intérêts

2



4. Autres fonctions électives

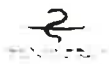
Préciser la nature et la durée du ou des mandats et le nom de la ou des organisations

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

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

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

Déclaration d'intérêts

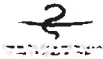
**6. Autres liens**

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

ORGANISMES SOCIETE SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTE

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

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 BEAULIEU Le : 15/12/20

Signature obligatoire

Déclaration à adresser au conseil régional de Nouvelle-Aquitaine

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

Déclaration d'intérêts

ORDRE NATIONAL DES MÉDECINS
Conseil Régional de Nouvelle-Aquitaine

17 DEC. 2020

ARRIVÉE



DÉCLARATION D'INTÉRÊTS DES CONSEILLERS REGIONAUX

Je soussigné(e)

Nom : GRANGRI

Prénoms : Florence

1. Activités professionnelles

1.1. Activité principale exercée actuellement

Activité libérale :

En cabinet

Dans un établissement de soins

Activité salariée

Etablissement hospitalier

Autre structure (à préciser)

Retraité

Retraité actif

2

2. Mandats ordinaires

Préciser la durée du mandat

- Elu au conseil régional de *NA*
- Elu au conseil départemental de *Lot et Garonne*
- Elu au conseil national de l'Ordre des médecins

3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinaires

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



4. Autres fonctions électives

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

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

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

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



6. Autres liens

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

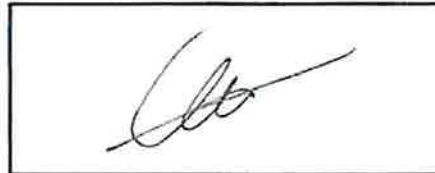
ORGANISMES SOCIETE SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTE

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

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

Fait à Bordeaux Le : 19/5/22

Signature obligatoire



Déclaration à adresser au conseil régional de Nouvelle-Aquitaine

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

2. Mandats ordinaires

Préciser la durée du mandat

- Elu au conseil régional de *Nouvelle Aquitaine*
- Elu au conseil départemental de *la Gironde*
- Elu au conseil national de l'Ordre des médecins

3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinaires

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



4. Autres fonctions électives

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

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

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

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

5

6. Autres liens

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

ORGANISMES SOCIETE SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTE

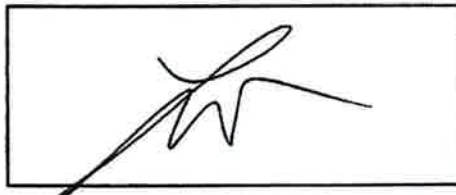
Je soussigné, certifie l'exactitude des renseignements fournis dans la présente déclaration. Je m'engage à actualiser ma déclaration d'intérêts chaque fois que ces informations sont périmées et/ou doivent être complétées.



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

Fait à Bordeaux Le : 15/04/2022

Signature obligatoire



Déclaration à adresser au conseil régional de Nouvelle-Aquitaine

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



CONSEIL REGIONAL DE NOUVELLE-AQUITAINE DE L'ORDRE DES MEDECINS

Madame ou Monsieur (nom+prénom) : HAMELIN Delphine

Nom de jeune fille HAMELIN

N° de sécurité sociale :

2	7	5	0	8	1	8	0	3	3	1	7	7	3	5
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Date de naissance 25/08/1975

Lieu de naissance BOURGES

Département de naissance 18

Pays de naissance FRANCE

Médecin en activité

Médecin retraitée

Adresse DOMICILE 13 BIS RUE DE LA GARENNE

Code postal :

1	7	1	8	0
---	---	---	---	---

Localité : PERIGNY

adresse de correspondance ?

Adresse PROFESSIONNELLE CENTRE ST MICHEL

RUE DU D^r SCHWEITZER

Code postal :

1	7	0	0	0
---	---	---	---	---

Localité : LA ROCHELLE

adresse de correspondance ?

Numéros de téléphones 05 46 43 90 83

06 06 99 98 44

Mail personnel hamelin_fr@yahoo.fr

2

DÉCLARATION D'INTÉRÊTS DES CONSEILLERS REGIONAUX

Je soussigné(e)

Nom : HAMELIN

Prénoms : DELPHINE

1. Activités professionnelles

1.1 (Activité principale exercée actuellement)

Activité libérale :

En cabinet

Dans un établissement de soins

Activité salariée

Etablissement hospitalier

Autre structure (à préciser)

Retraité

Retraité actif

2. Mandats ordinaires

Préciser la durée du mandat

- Elu au conseil régional de NOUVELLE AQUITAINE
- Elu au conseil départemental de
- Elu au conseil national de l'Ordre des médecins

3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinaires

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

Déclaration d'intérêts

2

4. Autres fonctions électives

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

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

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

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

6. Autres liens

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

ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES	FONCTION OCCUPEE	LIEN DE PARENTÉ

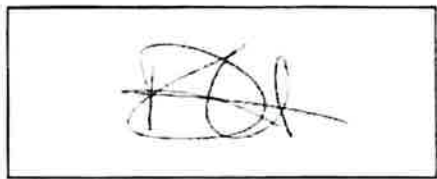
Je soussigné, certifie l'exactitude des renseignements fournis dans la présente déclaration. Je m'engage à actualiser ma déclaration d'intérêts chaque fois que ces informations sont périmées et/ou doivent être complétées.

2

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

Fait à LA ROCHELLE Le 22/02/2022

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 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 : *HANDEL*

Prénoms : *Bruno*

1. Activités professionnelles

1.1. Activité principale exercée actuellement

Activité libérale :

En cabinet

Dans un établissement de soins

Activité salariée

Etablissement hospitalier

Autre structure (à préciser)

Retraité

Retraité actif



2. Mandats ordinaires

Préciser la durée du mandat

- Elu au conseil régional de *Nouvelle Aquitaine*
- Elu au conseil départemental de *la Dordogne*
- Elu au conseil national de l'Ordre des médecins

3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinaires

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



4. Autres fonctions électives

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

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

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

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



6. Autres liens

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

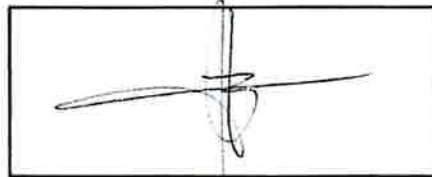
ORGANISMES SOCIETE SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTE

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

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

Fait à Bordeaux..... Le : 26/03/2022.....

Signature obligatoire



Déclaration à adresser au conseil régional de Nouvelle-Aquitaine

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

DÉCLARATION D'INTÉRÊTS DES CONSEILLERS REGIONAUX

Je soussigné(e)

Nom : KINTZINGM

Prénoms : Clément

1. Activités professionnelles

1.1. Activité principale exercée actuellement

Activité libérale :

En cabinet

Dans un établissement de soins

Activité salariée

Etablissement hospitalier

Autre structure (à préciser)

Retraité

Retraité actif

2. Mandats ordinaires

Préciser la durée du mandat

- Elu au conseil régional de *Nouvelle Aquitaine*
- Elu au conseil départemental de
- Elu au conseil national de l'Ordre des médecins

3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinaires

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

4. Autres fonctions électives

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

/

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

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

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



6. Autres liens

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

ORGANISMES SOCIETE SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTE

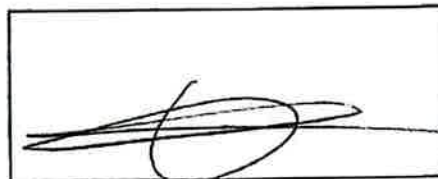
Je soussigné, certifie l'exactitude des renseignements fournis dans la présente déclaration. Je m'engage à actualiser ma déclaration d'intérêts chaque fois que ces informations sont périmées et/ou doivent être complétées.

2
PRENOM NOM

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

Fait à La Rochelle Le : 15/02/22

Signature obligatoire



Déclaration à adresser au conseil régional de Nouvelle-Aquitaine

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

Déclaration d'Intérêts

CONSEIL REGIONAL DE NOUVELLE-AQUITAINE DE L'ORDRE DES MEDECINS

Madame ou Monsieur (nom+prénom) : KINTZINGER Clement

Nom de jeune fille _____

N° de sécurité sociale :

1	8	5	0	3	3	4	5	5	5	3	6	2	3
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Date de naissance 21/03/85

Lieu de naissance Toulouse

Département de naissance Haute Garonne

Pays de naissance France

Médecin en activité

Médecin retraitée

Adresse DOMICILE 6 rue des claustra

Code postal :

1	7	0	0	0
---	---	---	---	---

Localité : La Rochelle

adresse de correspondance ?

Adresse PROFESSIONNELLE Centre St Michel, rue du docteur Albert Schweitzer

Code postal :

1	7	0	0	0
---	---	---	---	---

Localité : La Rochelle

adresse de correspondance ?

Numéros de téléphones 0695549648

Mail personnel ckintzinger@gmail.com

DÉCLARATION D'INTÉRÊTS DES CONSEILLERS REGIONAUX

Je soussigné(e)

Nom : **LAGRAVE**

Prénoms : **FRANÇOISE**

1. Activités professionnelles

1.1. Activité principale exercée actuellement

Activité libérale :

En cabinet

Dans un établissement de soins

Activité salariée

Etablissement hospitalier

Autre structure (à préciser)

Retraité

Retraité actif

2. Mandats ordinaires

Préciser la durée du mandat

- Elu au conseil régional de
- Elu au conseil départemental de **LANDES** - 2021
- Elu au conseil national de l'Ordre des médecins

3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinaires

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

4. Autres fonctions électives

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

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

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

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

6. Autres liens

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

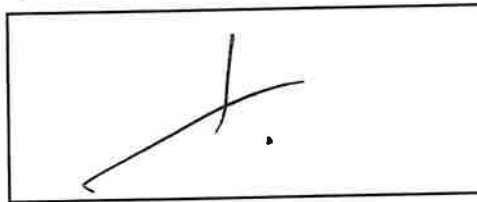
ORGANISMES SOCIETE SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTE

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

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 : 13.02.19

Signature obligatoire



Déclaration à adresser au conseil régional de Nouvelle-Aquitaine

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

DÉCLARATION D'INTÉRÊTS DES CONSEILLERS REGIONAUX

Je soussigné(e)

Nom : LAMIRAND

Prénoms : Jean-Louis

1. Activités professionnelles

1.1. Activité principale exercée actuellement

Activité libérale :

En cabinet

Dans un établissement de soins

Activité salariée

Etablissement hospitalier Praticien A Hadu'
CH Jussieu 23000

Autre structure (à préciser)

Med coordinateur EH2AD

Retraité

Le Plan Roms 23150 AHW

Retraité actif



2. Mandats ordinaires

Préciser la durée du mandat

- Elu au conseil régional de *Nouvelle Aquitaine*
2022 → 2028
- Elu au conseil départemental de *La Creuse*
2018 → 2024
- Elu au conseil national de l'Ordre des médecins

3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinaires

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

4. Autres fonctions électives

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

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

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

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

6. Autres liens

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

ORGANISMES SOCIETE SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTE

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

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

Fait à Angoulême Le : 28.02.2022

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 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 : LATHIERE

Prénoms : Nicole

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)

Direction départementale des
finances publiques

Retraité

Retraité actif

(30% d'activité salariée)

2. Mandats ordinaires

Préciser la durée du mandat

Elu au conseil régional de

Elu au conseil départemental de *Corrèze (19)*

Elu au conseil national de l'Ordre des médecins

3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinaires

Elu assesseur à la chambre disciplinaire nationale

Elu assesseur à la chambre disciplinaire de 1^{ère} instance de

Nommé assesseur à la section des assurances sociales nationale

Désigné assesseur à la section des assurances sociales de première instance de

Membre ou conseil d'une instance collégiale, d'une commission, d'un comité ou d'un groupe de travail au sein de l'Institution ordinaire.

Autre :

Préciser le cadre :

4. Autres fonctions électives

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

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

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

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

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 Tulle Le 18 Mars 2019

Signature obligatoire



Déclaration à adresser au conseil régional de Nouvelle-Aquitaine

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

DÉCLARATION D'INTÉRÊTS DES CONSEILLERS REGIONAUX

Je soussigné(e)

Nom : LEBRUN

Prénoms : Bernard.

1. Activités professionnelles

1.1. Activité principale exercée actuellement

Activité libérale :

En cabinet

Dans un établissement de soins

Activité salariée

Etablissement hospitalier

Autre structure (à préciser)

Retraité

Retraité actif

2. Mandats ordinaires

Préciser la durée du mandat

- Elu au conseil régional de
- Elu au conseil départemental de 17
- Elu au conseil national de l'Ordre des médecins

3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinaires

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

4. Autres fonctions électives

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

- URPS ML NA Membre du Bureau
Président de Collège 3
- IRAPS = Président

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

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

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

6. Autres liens

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

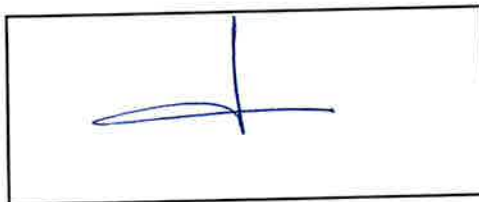
ORGANISMES SOCIETE SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTE

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 : 13.2.2019

Signature obligatoire



Déclaration à adresser au conseil régional de Nouvelle-Aquitaine

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

Docteur Bernard LE BRUN

Médecin spécialiste en imagerie médicale.

Exercice libéral à la Clinique Pasteur de Royan 17200

Membre titulaire du conseil de l'ordre de Charente Maritime

Membre du bureau de l'URPS médecin et coordinateur du collège 3 (spécialistes non chirurgicaux).

Président de la CSMF 17 et membre du comité directeur de l'UMESPE

Secrétaire de la FNMR Nouvelle-Aquitaine (Fédération Nationale des Médecins Radiologues)

Président de la CME de la Clinique Pasteur.

Membre du CA de l'ASSPC Poitou Charentes

Membre de la CSOS Nouvelle-Aquitaine et ancien président de la CSOS Poitou-Charentes.

Président de l'IRAPS (Instance Régionale d'Amélioration de la Pertinence des Soins)

Membre de la CPL 17 et de la CPR Poitou-Charentes

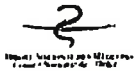
Membre du Réseau Onco Nouvelle-Aquitaine et du CA de la structure de coordination du dépistage des cancers.

Domaines d'interventions :

Relation avec les tutelles (ARS, URPS, FHP)

Relation avec les caisses d'assurance maladie.

Veille juridique



DÉCLARATION D'INTÉRÊTS DES CONSEILLERS REGIONAUX

Je soussigné(e)

Nom : LE FLAHEC

Prénoms : Agnès

1. Activités professionnelles

1.1. Activité principale exercée actuellement

Activité libérale :

En cabinet

Dans un établissement de soins

Activité salariée

Etablissement hospitalier

Autre structure (à préciser)

Retraité

Retraité actif

2. Mandats ordinaires

Préciser la durée du mandat

- Elu au conseil régional de *Nouvelle Aquitaine*
- Elu au conseil départemental de *Haute Vienne*
- Elu au conseil national de l'Ordre des médecins

3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinaires

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

4. Autres fonctions électives

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

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

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

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

6. Autres liens

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


ORGANISMES 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 Lunoyes..... Le : 8/03/2022.....

Signature obligatoire



Déclaration à adresser au conseil régional de Nouvelle-Aquitaine

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

DÉCLARATION D'INTÉRÊTS DES CONSEILLERS REGIONAUX

Je soussigné(e)

Nom : MAILLARD

Prénoms : Laurent

1. Activités professionnelles

1.1. Activité principale exercée actuellement

Activité libérale :

En cabinet

Dans un établissement de soins

Activité salariée

Etablissement hospitalier

Autre structure (à préciser)

Retraité

Retraité actif

2. Mandats ordinaires

Préciser la durée du mandat

- Elu au conseil régional de *Nouvelle Aquitaine*
- Elu au conseil départemental de *COT et GIRONDE*
- Elu au conseil national de l'Ordre des médecins

3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinaires

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

4. Autres fonctions électives

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

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

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

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

6. Autres liens

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

ORGANISMES SOCIETE SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTE

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

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

Fait à Agen Le : 07.06.2022

Signature obligatoire



Déclaration à adresser au conseil régional de Nouvelle-Aquitaine

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

DÉCLARATION D'INTÉRÊTS DES CONSEILLERS REGIONAUX

Je soussigné(e)

Nom : *NEUPOIX*

Prénoms : *Monique*

1. Activités professionnelles

1.1. Activité principale exercée actuellement

Activité libérale :

En cabinet

Dans un établissement de soins

Activité salariée

Etablissement hospitalier

Autre structure (à préciser)

Retraité

Retraité actif

2. Mandats ordinaires

Préciser la durée du mandat

- Elu au conseil régional de **NOUVELLE AQUITAINE**
- Elu au conseil départemental de **64**.
- Elu au conseil national de l'Ordre des médecins

3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinaires

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

4. Autres fonctions électives

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

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

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

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

6. Autres liens

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

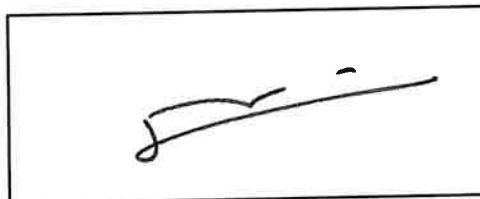
ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTE

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

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

Fait à Bordeaux Le : 13 février 2019

Signature obligatoire



Déclaration à adresser au conseil régional de Nouvelle-Aquitaine

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

DÉCLARATION D'INTÉRÊTS DES CONSEILLERS REGIONAUX

Je soussigné(e)

Nom :

MOLLAT

Prénoms :

CONSTANCE

1. Activités professionnelles

1.1. Activité principale exercée actuellement

Activité libérale :

En cabinet

Dans un établissement de soins

Activité salariée

bénévole

Etablissement hospitalier

Autre structure (à préciser)

Retraité

Retraité actif



2. Mandats ordinaires

Préciser la durée du mandat

- Elu au conseil régional de Nouvelle Aquitaine 3 ANS
- Elu au conseil départemental de la Gironde 6 ANS
- Elu au conseil national de l'Ordre des médecins

3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinaires

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

4. Autres fonctions électives

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

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

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

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

6. Autres liens

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

ORGANISMES SOCIETE SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTE


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



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

Fait à Bordeaux Le : 16 Février 2022

Signature obligatoire



Déclaration à adresser au conseil régional de Nouvelle-Aquitaine

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



ΔΕΛΑΡΑΤΙΟΝ Δ'ΙΝΤΕΡΕΤΣ ΔΕΣ ΚΟΝΣΕΙΛΛΕΡΣ ΡΕΓΙΟΝΑΥΣ

Je soussigné(e)

Nom : ΟΥΑΝ

Prénoms : ΛΑΡΥ

1. Ακτιβιτέσ προφισσηνέλλεσ

1.1. Ακτιβιτέσ προκίπυλε εκερκέε ακτουέλλεμεντ ΗΕΡΑΤΙΟ ΚΑΤΙΝΟ ΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΣ

Ακτιβιτέσ λιβέρελε :

Εν καβινετ

Δάνσ εν εκταβλίσσεμεντ δε σοίνσ

Ακτιβιτέσ σαλαριέε

Εκταβλίσσεμεντ οσπιταλιέρ

Ακτιβιτέσ Νίξτε Σαβερλιέ - Λίβερλε.

Ακτουε στροκτούρε (ά προκίσιερ)

Ρετραιτέ

Ρετραιτέ ακτιφ

2. Mandats ordinaires

Préciser la durée du mandat

- Elu au conseil régional de NOUVELLE AQUITAINE
- Elu au conseil départemental de DEUX SEURES
- Elu au conseil national de l'Ordre des médecins

3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinaires

- Elu assesseur à la chambre disciplinaire nationale
- Elu assesseur à la chambre disciplinaire de 1^{ère} instance de ^{EX CROF} ~~BOITOM~~ CHARENTES
- Nommé assesseur à la section des assurances sociales nationale
- Désigné assesseur à la section des assurances sociales de première instance de
- Membre ou conseil d'une instance collégiale, d'une commission, d'un comité ou d'un groupe de travail au sein de l'Institution ordinaire. ^{↓ Ristourne ex CROF}
_{PC}
- Autre :
Préciser le cadre :
CRSA

4. Autres fonctions électives

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

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

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

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

6. Autres liens

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

ORGANISMES SOCIETE SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTE

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

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

Fait à Bordeaux Le : 13.2.2019

Signature obligatoire



Déclaration à adresser au conseil régional de Nouvelle-Aquitaine

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

DÉCLARATION D'INTÉRÊTS DES CONSEILLERS REGIONAUX

Je soussigné(e)

Nom : **PERAULT - POCHAT**

Prénoms : **MARIE - CHRISTINE**

1. Activités professionnelles

1.1. Activité principale exercée actuellement

Activité libérale :

En cabinet

Dans un établissement de soins

Activité salariée

Etablissement hospitalier

Autre structure (à préciser)

Retraité

Retraité actif

2. Mandats ordinaires

Préciser la durée du mandat

- Elu au conseil régional de Nouvelle Aquitaine
- Elu au conseil départemental de la Vienne
- Elu au conseil national de l'Ordre des médecins

3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinaires

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

4. Autres fonctions électives

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

Sans objet

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

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

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

6. Autres liens

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

ORGANISMES SOCIETE SERVICES...	FONCTION OCCUPEE	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 Angers Le: 29 décembre 2021

Signature obligatoire



Déclaration à adresser au conseil régional de Nouvelle-Aquitaine

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

DÉCLARATION D'INTÉRÊTS DES CONSEILLERS REGIONAUX

Je soussigné(e)

Nom : ROUSSEAU

Prénoms : Anne

1. Activités professionnelles

1.1. Activité principale exercée actuellement

Activité libérale :

En cabinet

Dans un établissement de soins

Activité salariée

Etablissement hospitalier

Autre structure (à préciser)

Retraité

Retraité actif

2. Mandats ordinaires

Préciser la durée du mandat

- Elu au conseil régional de Nouvelle Aquitaine
- Elu au conseil départemental de Dordogne
- Elu au conseil national de l'Ordre des médecins

3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinaires

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

4. Autres fonctions électives

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

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

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

ORGANISMES SOCIETE SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	RÉMUNÉRATION	DÉBUT (mois/année)	FIN (mois/année)
CPTS Pole Haute Beynac	Vice Président ds MG	<input checked="" type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)	03/2020	2023
		<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)		

6. Autres liens

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

ORGANISMES SOCIETE SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTE

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

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

Fait à Bordeaux Le : 16/03/2022

Signature obligatoire



Déclaration à adresser au conseil régional de Nouvelle-Aquitaine

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

DÉCLARATION D'INTÉRÊTS DES CONSEILLERS REGIONAUX

Je soussigné(e)

Nom : **VEAUX**

Prénoms : **Philippe**

1. Activités professionnelles

1.1. Activité principale exercée actuellement

Activité libérale :

En cabinet

Dans un établissement de soins

Activité salariée

Etablissement hospitalier

Autre structure (à préciser)

Retraité

Retraité actif

2. Mandats ordinaires

Préciser la durée du mandat

- Elu au conseil régional de la Gironde (2022)
- Elu au conseil départemental de la Gironde (2014)
- Elu au conseil national de l'Ordre des médecins

3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinaires

- Elu assesseur à la chambre disciplinaire nationale
- Elu assesseur à la chambre disciplinaire de 1^{ère} instance de
- Nommé assesseur à la section des assurances sociales nationale
- Désigné assesseur à la section des assurances sociales de première instance de
- Membre ou conseil d'une instance collégiale, d'une commission, d'un comité ou d'un groupe de travail au sein de l'Institution ordinaire.
EDOU : Vice-président, président commission entraide, référent sécurité
- 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 GPM (Groupe Aoste
 Mutualité, mutuelle de niveau III - but non lucratif)
 Nouvelle Aquitaine (Bénévole).

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

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

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

6. Autres liens

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

ORGANISMES SOCIETE SERVICES...	FONCTION OCCUPEE	LIEN DE PARENTE

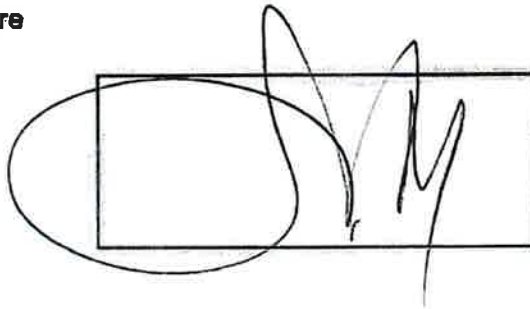
Je soussigné, certifie l'exactitude des renseignements fournis dans la présente déclaration. Je m'engage à actualiser ma déclaration d'intérêts chaque fois que ces informations sont périmées et/ou doivent être complétées.

2

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

Fait à Arcachon Le 14/02/2022

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 libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant.