



## **DECLARATIONS D'INTERET DES CONSEILLERS NATIONAUX DE L'ORDRE DES MEDECINS**

DR Grégory ALAUX

DR Valérie AMIEL

DR Christine ARTHAPIGNET

DR Claudine BALDUCCHI

DR Marie-Cécile BELIN SAUGET

DR Michel BOUSSATON

DR Bernard CABANEL

DR Philippe CATHALA

DR Catherine CLEDAT-WENDEL

DR Sébastien COMBES

DR Pierre COSTA

DR Véronique DORION

DR Muriel DOUSSE-DOUET

DR Régine Garavana

DR Karima GUENOUN

DR Catherine GUINTOLI-CENTURI

DR Hervé GUITER

DR Nathalie HANSELER CORREARD

DR Hélène HARMAND ICHER

DR Alain JUGLARD

DR Marie-Hélène MEYNIE-PLUME

DR Etienne MOULIN

DR Aurélie ROUSTAN

DR Pierre ROUVIERE

DR Michel TARRENE

DR Jean THEVENOT

DR Marie TRIVIDIC-RUMEAU

## DÉCLARATION D'INTÉRÊTS DES CONSEILLERS REGIONAUX

Je soussigné(e)

Nom : ALAUX

Prénoms : GREGORY

### 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

Océanie (2022 → 2028)

Elu au conseil départemental de

CDOM 82 (2021 → 2027)

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<sup>ère</sup> 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 NOUVEAUBAN Le : 15/02/2022

Signature obligatoire



**Déclaration à adresser au conseil régional de ..... OCCITANIE**

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 : AMIER

Prénoms : Valérie

### 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 *occitanie*
- Elu au conseil départemental de *Aude*
- 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<sup>ère</sup> 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).

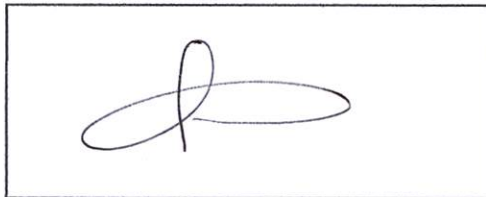
ORGANISMES SOCIETE SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTE

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 ..... Nantes ..... Le : ..... 8/02/2022 .....

Signature obligatoire



**Déclaration à adresser au conseil régional de Occitanie**

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 : ARTHAPIGNET

Prénoms : Christine - Marie

### 1. Activités professionnelles

#### 1.1. Activité principale exercée actuellement

Activité libérale :

En cabinet

Dans un établissement de soins

Activité salariée

Etablissement hospitalier

Autre structure (à préciser)

Retraité *DATA*

Retraité actif

## 2. Mandats ordinaires

Préciser la durée du mandat

- Elu au conseil régional de *Occitanie*
- Elu au conseil départemental de *Gard*
- 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<sup>ère</sup> instance de
- Nommé assesseur à la section des assurances sociales nationale
- Désigné assesseur à la section des assurances sociales de première instance de
- Membre ou conseil d'une instance collégiale, d'une commission, d'un comité ou d'un groupe de travail au sein de l'Institution ordinaire.  
*Commission Restreinte*
- 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 Montpellier Le : 26.01.23

Signature obligatoire



**Déclaration à adresser au conseil régional de OCCITANIE...**  
**285 rue Alfred Nobel**  
**34000 Montpellier**

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 :

Balducchi

Prénoms :

Blondine

### 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

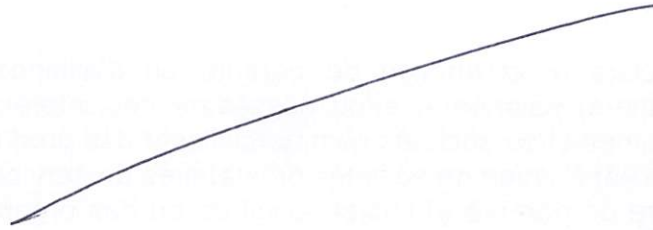
- Elu au conseil régional de *Sicitanie*
- Elu au conseil départemental de *Gard*
- Elu au conseil national de l'Ordre des médecins

## 3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinaires

- Elu assesseur à la chambre disciplinaire nationale
- Elu assesseur à la chambre disciplinaire de 1<sup>ère</sup> instance de *Sicitanie*
- 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).

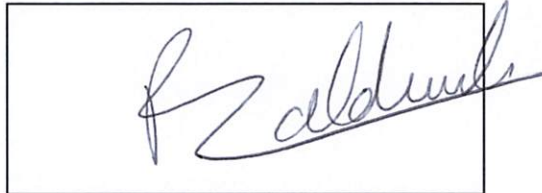
ORGANISMES SOCIETE SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTE

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 ..... *Nîmes* ..... Le : ..... *15/09/2009* .....

Signature obligatoire



**Déclaration à adresser au conseil régional de** ..... *Guillevin* .....

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 : BELIN SAUGET

Prénoms : Marie Cécile

### 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 **HERAULT Occitanie**
- Elu au conseil départemental de **HERAULT**
- 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<sup>ère</sup> 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).

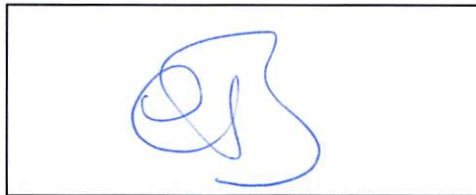
ORGANISMES SOCIETE SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTE

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 Montpellier Le : 15 février 2022

Signature obligatoire



**Déclaration à adresser au conseil régional de Occitanie**

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 : **BOUSSATON**

Prénoms : **Michel**

### 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

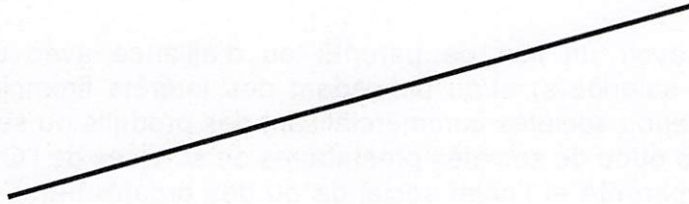
- Elu au conseil régional de **OCCITANIE** du **07/02/2019** au **07/02/2025**
- Elu au conseil départemental de la **HAUTE-GARONNE** du **17/06/2021** au **17/06/2027**
- Elu au conseil national de l'Ordre des médecins

## 3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinaires

- Elu assesseur à la chambre disciplinaire nationale
- Elu assesseur à la chambre disciplinaire de 1<sup>ère</sup> 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 : **Président de la Formation Restreinte d'Occitanie**

#### 4. Autres fonctions électives

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



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

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

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

## 6. Autres liens

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

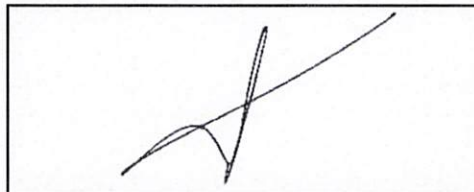
ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTE

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

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

Fait à **Montpellier**..... Le : **28/10/2022**.....

Signature obligatoire



***Déclaration à adresser au conseil régional de OCCITANIE..***

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 : CABANEL

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)

EMPAO "LouisFoull" Croix Rouge  
Freysdite

NISSAN

0,50 ETP

Retraité

Retraité actif

Depuis janvier 2015



## 2. Mandats ordinaires

Préciser la durée du mandat

- Elu au conseil régional de 2022 - 2025
- 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<sup>ère</sup> 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

- Secrétaire général. GPTI Groupe Pasteur Solidarité  
Section Louguedoc Roussillon
- MBOCO. Association des Médecins Coordinateurs  
Secrétaire général.

#### 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 Toulon ..... Le : 15 février 2022 .....

Signature obligatoire



**Déclaration à adresser au conseil régional de ..Occitanie...**

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 : CATHALA

Prénoms : Philippe

### 1. Activités professionnelles

#### 1.1. Activité principale exercée actuellement

**Activité libérale :**

En cabinet

Dans un établissement de soins

**Activité salariée**

Etablissement hospitalier CHU Nîmèges

Autre structure (à préciser)

**Retraité**

**Retraité actif**

## 2. Mandats ordinaires

Préciser la durée du mandat

- Elu au conseil régional de *Occitanie depuis la création 2019*
- Elu au conseil départemental de *Hérault depuis 2011*
- 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 *Ancien* assesseur à la chambre disciplinaire de 1<sup>ère</sup> instance de *LR et Occitanie*
- 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

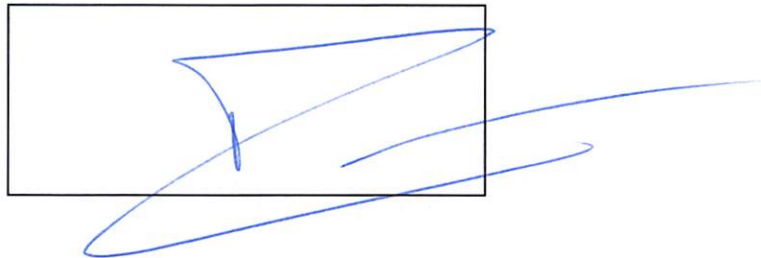
Je soussigné, certifie l'exactitude des renseignements fournis dans la présente déclaration. Je m'engage à actualiser ma déclaration d'intérêts chaque fois que ces informations sont périmées et/ou doivent être complétées.



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 ..... *Nîmes* ..... Le : ..... *15 fév 2022* .....

Signature obligatoire



**Déclaration à adresser au conseil régional de ..... *Océane* .....**

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 : *CLÉDA - WENDEL*

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 *Occitanie depuis 2019*
- Elu au conseil départemental de *Hautes Pyrénées Tarbes depuis 10 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<sup>ère</sup> 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

Traésorière du conseil de l'Ordre des Hauts Pyrénées -

#### 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 Montpellier ..... Le : 15.02.2022 .....

Signature obligatoire



**Déclaration à adresser au conseil régional de ...Occitanie...**

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 : *CONBÈS*

Prénoms : *Sebastien*

### 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 *Occitanie Fin mandat 2028*
- Elu au conseil départemental de *Aveyron Fin mandat 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<sup>ère</sup> 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 checked="" 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).

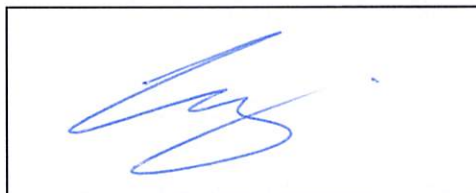
ORGANISMES SOCIETE SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTE

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 Nantzelles ..... Le : 15/02/2022 .....

Signature obligatoire



**Déclaration à adresser au conseil régional de Occitanie.**

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 : COSTA

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

## 2. Mandats ordinaires

Préciser la durée du mandat

- Elu au conseil régional de *Occitanie* jusqu'en *2028*
- Elu au conseil départemental de *GAR* jusqu'en *2027*
- 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<sup>ère</sup> 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.  
*Responsable de la Commission Vigilance-Violences-Sécurité du GAR*
- 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).

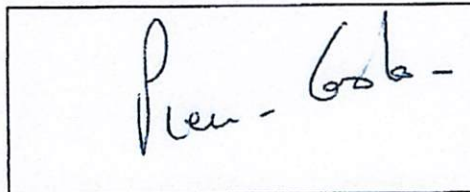
ORGANISMES SOCIETE SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTE

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 ..... Nîmes ..... Le : ..... 07-02-2022 .....

Signature obligatoire



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

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 : *DORION*

Prénoms : *Neonique*

### 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 *P.O 66*
- 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<sup>ère</sup> instance de *OCITANIE*
- 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).

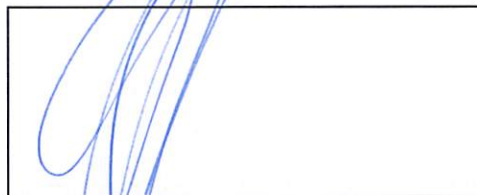
ORGANISMES SOCIETE SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTE

Je soussigné(e) 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 Montpellier Le : 15 Février 2022

Signature obligatoire



Déclaration à adresser au conseil régional de OCÉANIE

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 :

Doussé - Doué

Prénoms :

Muriel, Corinne

### 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)

MSA Langue doc  
Médecin du Travail en Agricole

Retraité

Retraité actif

## 2. Mandats ordinaires

Préciser la durée du mandat

- Elu au conseil régional de Angoulême  
07.02.2019 jusqu'au juin 2025.
- Elu au conseil départemental de CDOM, Lozère (48)  
03.07.2018 jusqu'au juillet 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<sup>ère</sup> 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 checked="" 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 Bonrepos sur Colagne Le : 13 02 2022

Signature obligatoire



Déclaration à adresser au conseil régional de LANGUEDOC-ROUSSILLON / OCCITANIE

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 : GARAUANA

Prénoms : REGINE

### 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 OCCITANIE
- Elu au conseil départemental de TARN
- 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<sup>ère</sup> 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).

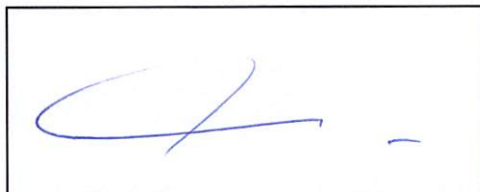
ORGANISMES SOCIETE SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTE

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 Montpellier Le : 15/9/2022

Signature obligatoire



**Déclaration à adresser au conseil régional de Occitanie**

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 : **GUENOUN**

Prénoms : **KAMILA**

### 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 *gers (suppléante)*
- 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<sup>ère</sup> instance de
- Nommé assesseur à la section des assurances sociales nationale
- Désigné assesseur à la section des assurances sociales de première instance de
- Membre ou conseil d'une instance collégiale, d'une commission, d'un comité ou d'un groupe de travail au sein de l'Institution ordinaire.
- Autre :  
Préciser le cadre :

#### 4. Autres fonctions électives

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

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

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

ORGANISMES SOCIETE SERVICES...	FONCTION OCCUPEE	RÉMUNÉRATION	DÉBUT (mois/année)	FIN (mois/année)
		<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).

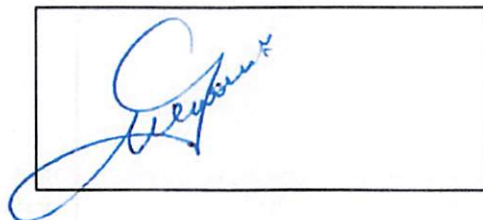
ORGANISMES SOCIETE SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTE

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 Avon ..... Le : 16/11/2022 .....

Signature obligatoire



**Déclaration à adresser au conseil régional de Océanie**

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 : *GUI TER*

Prénoms : *Hewe'*

### 1. Activités professionnelles

#### 1.1. Activité principale exercée actuellement

*Rehrite 17.6.*

**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 *CRON OCCITANIE*
- Elu au conseil départemental de *09*
- 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<sup>ère</sup> 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 LATOUR PU QUIOU ..... Le : 15/FÉVRIER/2022

Signature obligatoire



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

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 : GUINTOLI

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 *Corse 6 ans*
- Elu au conseil départemental de *Ariège 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<sup>ère</sup> 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).

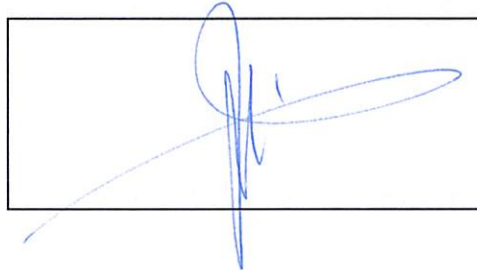
ORGANISMES SOCIETE SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTE

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 Nantes Le : 15 02 2022

Signature obligatoire



**Déclaration à adresser au conseil régional de Occitanie**

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 : Dr HANBEUR CORREARD

Prénoms : Nathalie

### 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 *1<sup>er</sup> arveyron 2<sup>e</sup> mandat (dès 2015)*
- 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<sup>ère</sup> 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 : *Commission entraide, vidences intra-familiale sites 2415, ± conciliation*  
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

*Aucune*

- 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

*Aucun*

- 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).

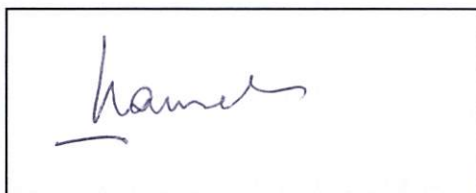
ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTE

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 Longue, en Rouergue Le : 14/02/2023

Signature obligatoire



**Déclaration à adresser au conseil régional de Occitanie**

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 :** Docteur Héliène HARMAND-ICHER  
15, Av. du Dr J M FABRE  
34500 BEZIERS  
34 1 10940 3  
RPPS 1000 32 49 934  
**Prénoms :** Tél. : 04 67 30 05 05 - 06 10 26 68 74

### 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 **CD Occitanie**

Elu au conseil départemental de **CD 34.**

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<sup>ère</sup> 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

*Conseil d'administration de ICM.*

#### 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)
<i>Présidente Institut du Jein Ouvrard</i>	<i>Présidente</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :	<i>2013</i>	<i>2015</i>
		<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).

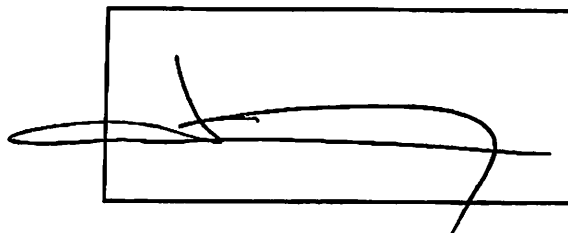
ORGANISMES SOCIETE SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTE

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 Beauport ..... Le : 28 Juin 1992 .....

Signature obligatoire



*Déclaration à adresser au conseil régional de ...C.D. 34...*

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 : JUGLARD

Prénoms : ALAIN

### 1. Activités professionnelles

#### 1.1. Activité principale exercée actuellement

**Activité libérale :**

En cabinet

Dans un établissement de soins

**Activité salariée**

Etablissement hospitalier

Autre structure (à préciser)

**Retraité**

**Retraité actif**

## 2. Mandats ordinaires

Préciser la durée du mandat

- Elu au conseil régional de
- Elu au conseil départemental de *Pyrénées-Orientales.*
- 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<sup>ère</sup> 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 T. Huir ..... Le : 11/02/2019.

Signature obligatoire



**Déclaration à adresser au conseil régional de ...OCCITANIE**

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 : KEZACHIAN

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 OCCITANIE
- Elu au conseil départemental de GARD
- 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<sup>ère</sup> 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).

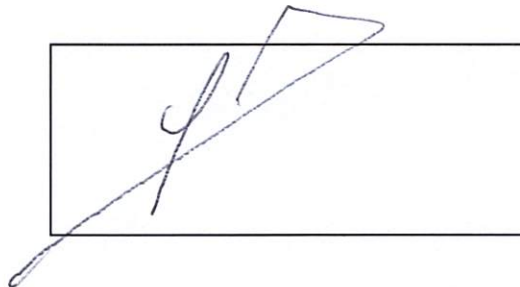
ORGANISMES SOCIETE SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTE

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 NIMES ..... Le : 15 / 02 / 22 .....

Signature obligatoire



**Déclaration à adresser au conseil régional de OCCITANIE**

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 : *NANAED*

Prénoms : *Francesca*

### 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 *occitanie* *Zaur*
- Elu au conseil départemental de *32 Gers* *Zaur*
- 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<sup>ère</sup> instance de *occitanie*
- 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

*CPL32 Jours,*

#### 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 Aleex ..... Le : 14/2/2022 .....

Signature obligatoire



**Déclaration à adresser au conseil régional de Occitanie** .....

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 : *MARCHANT*

Prénoms : *Alain Jean Roger*

### 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 *Occitanie*
- Elu au conseil départemental de *Lot 46.*
- 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<sup>ère</sup> 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).

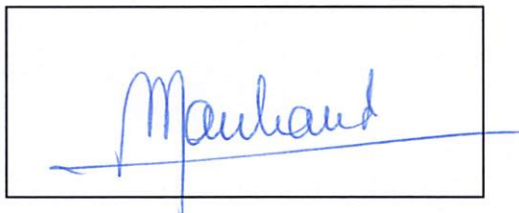
ORGANISMES SOCIETE SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTE
/		
/		

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 Loubresse Le : 12/02/2022

Signature obligatoire



**Déclaration à adresser au conseil régional de Occitanie**

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 : MARCHAND

Prénoms : Anne Renée

### 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 *Occitanie*
- Elu au conseil départemental de *du Lot 46*
- ~~Elu au conseil national de l'Ordre des médecins~~ *du Lot 46*

## 3. Fonctions d'assesseurs au sein des instances ordinaires

- Elu assesseur à la chambre disciplinaire nationale
- Elu assesseur à la chambre disciplinaire de 1<sup>ère</sup> 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

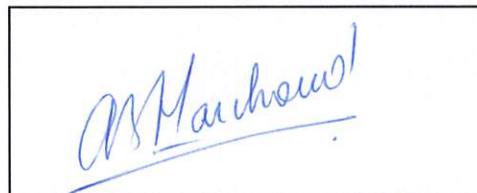
Je soussigné, certifie l'exactitude des renseignements fournis dans la présente déclaration. Je m'engage à actualiser ma déclaration d'intérêts chaque fois que ces informations sont périmées et/ou doivent être complétées.



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 ..... Loubressac ..... Le : ..... 14/02/2022 .....

Signature obligatoire



**Déclaration à adresser au conseil régional de .....** Occitanie .....

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 : MEYNIÉ ép PLUNGÉ

Prénoms : Marie - hélène

### 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 *Occitanie*
- Elu au conseil départemental de *La Haute 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<sup>ère</sup> 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 Montpellier ..... Le : 15/10/2022 .....

Signature obligatoire



**Déclaration à adresser au conseil régional de ...Occitanie.....**

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

CONSEIL RÉGIONAL D'OCCITANIE
28 OCT. 2022
DE L'ORDRE DES MEDECINS

Je soussigné(e)

Nom : *POULIN*

Prénoms : *Etienne*

### 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)

*Grave La Poste*

**Retraité**

**Retraité actif**

## 2. Mandats ordinaires

Préciser la durée du mandat

- Elu au conseil régional de *Occitanie*
- Elu au conseil départemental de *Tarn*
- 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<sup>ère</sup> 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 Départemental du Tarn  
Canton Albi 4.

#### 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).

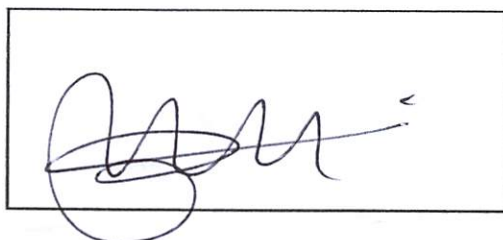
ORGANISMES SOCIETE SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTE

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 ..... *plh* ..... Le : ..... *25 10 2022* .....

Signature obligatoire



*Déclaration à adresser au conseil régional de ...Océanie*

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 : ROUSTAN née NOUBEL

Prénoms : Aurélie Albine Marie

### 1. Activités professionnelles

#### 1.1. Activité principale exercée actuellement

**Activité libérale :**

En cabinet

Dans un établissement de soins

**Activité salariée**

Etablissement hospitalier

Autre structure (à préciser)

**Retraité**

**Retraité actif**

## 2. Mandats ordinaires

Préciser la durée du mandat

- Elu au conseil régional de
- Elu au conseil départemental de *TARN & GARONNE*  
*depuis JUIN 2018*
- 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<sup>ère</sup> 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

Présidente de GERONTO 82 depuis mai 2011, association loi 1901 :

- porteur des dispositifs NPIA du 82 depuis 08/2012
- porteur de projets financés par le CFPPA 82 depuis 2016

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

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

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

## 6. Autres liens

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

ORGANISMES SOCIÉTÉ SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTE
CH MONTAUBAN	PH anesthésie réanimation Président ASE	Conjoint

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 ..... MONTAUBAN ..... Le : ..... 15/02/2022 .....

Signature obligatoire



**Déclaration à adresser au conseil régional de .OCCITANIE**

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 : *Rouvière*

Prénoms : *Tierre*

### 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 *Occitanie*.
- Elu au conseil départemental de *1<sup>er</sup> Arde*
- 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<sup>ère</sup> 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 : *change de mission - groupe de travail « Redevu du travail »  
Section Exercice professionnel - ENON*

#### 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).

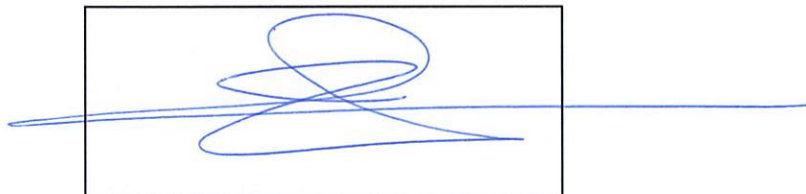
ORGANISMES SOCIETE SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTE

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 Montpellier ..... Le : 15 Février 2022 .....

Signature obligatoire



**Déclaration à adresser au conseil régional de .....** Occitanie

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 : *TARRENÉ*

Prénoms : *MICHEL*

### 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 *Occitanie*
- Elu au conseil départemental de *Hauts Pyrénées*.
- 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<sup>ère</sup> 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).

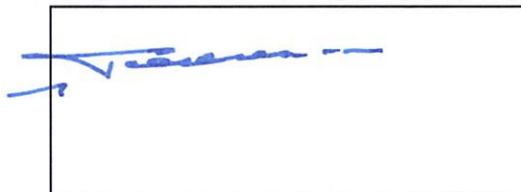
ORGANISMES SOCIETE SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTE

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 Lambersheim ..... Le : 24 02 2022 .....

Signature obligatoire



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

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 :

THEVENOT

Prénoms :

Jean

### 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 *Océanie*
- Elu au conseil départemental de *Haute Corvone*
- 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<sup>ère</sup> 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) :		

Je suis président de l'Association  
 NOTS (entraide des Pédiatres)  
 fonction exercée à titre bénévole.

## 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).

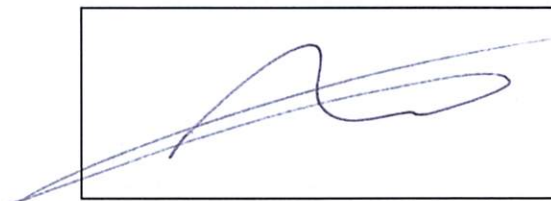
ORGANISMES SOCIETE SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTE

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 Montpellier Le : 15/4/99

Signature obligatoire



Déclaration à adresser au conseil régional de Occitanie



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 : TRIVISIC - RUMEAU

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**



## 2. Mandats ordinaires

Préciser la durée du mandat

- Elu au conseil régional de *Occitanie*
- Elu au conseil départemental de *Haute 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<sup>ère</sup> 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 Montpellier ..... Le : 15 Fev 2022 .....

Signature obligatoire



**Déclaration à adresser au conseil régional de Occitanie** .....

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.