

## DÉCLARATION D'INTÉRÊTS DES CONSEILLERS DEPARTEMENTAUX

Je soussigné(e)

Nom : *POIRIEUX Noelle*

Prénoms :

### 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 départemental de
- Elu au conseil régional 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 OCCUPÉE	RÉMUNÉRATION	DÉBUT (mois/année)	FIN (mois/année)
		<input checked="" type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :		
		<input checked="" type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :		

## 6. Autres liens

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

ORGANISMES 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.



