ORDRE NATIONAL DES MEDECINS
Conseil National de l'Ordre

DÉCLARATION D'INTÉRÊTS
DES CONSEILLERS DEPARTEMENTAUX

Je soussigné(e)

Nom : MAITRE

Prénoms : Jacques

1. Activités professionnelles

1.1. Activité principale exercée actuellement

- ☐ **Activité libérale :**
  - ☐ En cabinet
  - ☐ Dans un établissement de soins
- ☐ **Activité salariée**
  - ☐ Etablissement hospitalier
  - ☐ Autre structure (à préciser)
- ☑ **Retraité**
- ☐ **Retraité actif**

2. Mandats ordinaux

Préciser la durée du mandat

- ❑ 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 ordinales

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

4. Autres fonctions électives

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

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

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

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

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).

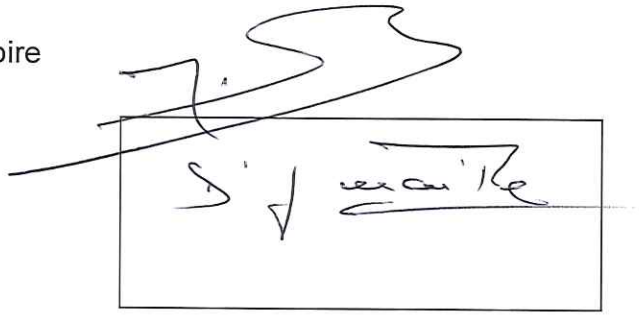
ORGANISMES SOCIETE SERVICES...	FONCTION OCCUPÉE	LIEN DE PARENTE

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 départemental.

Fait à ...Le Sam... Le : 10.06.2021

Signature obligatoire



Déclaration à adresser au conseil départemental de ...Jura...

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.