

DÉCLARATION D'INTÉRÊTS DES CONSEILLERS DEPARTEMENTAUX

Je soussigné(e)

Nom : VUILLETIN

Prénoms : Philippe, René, Camille

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)

ADLCA

Retraité

Retraité actif

2. Mandats ordinaires

Préciser la durée du mandat

Elu au conseil départemental de

JURA Longle Saurax.

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^{ère} instance de

Nommé assesseur à la section des assurances sociales nationale

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

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

Autre :
Préciser le cadre :

4. Autres fonctions électives

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

URPS Collège Spécialité
(BFC)

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).

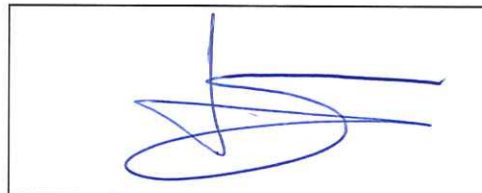
| ORGANISMES SOCIETE SERVICES... | FONCTION OCCUPÉE | LIEN DE PARENTE |
|--------------------------------------|------------------|-----------------|
| | | |
| | | |

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 départemental.

Fait à Les Sables Le : 10/06/2012

Signature obligatoire



Déclaration à adresser au conseil départemental de ORD
Les Sables

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.