

## DÉCLARATION D'INTÉRÊTS DES CONSEILLERS DÉPARTEMENTAUX

Je soussigné(e)

Nom : *ROGIER*

Prénoms : *Johanne Philippine 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 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

Secrétaire général adjoint de la société francophone de transplantation

#### 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<br>SOCIETE<br>SERVICES... | FONCTION<br>OCCUPÉE              | RÉMUNÉRATION                                                                                                                                                                                            | DÉBUT<br>(mois/année) | FIN<br>(mois/année) |
|--------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|---------------------|
| Astellas                             | Président<br>Ais Egal            | <input type="checkbox"/> Aucune<br><input checked="" type="checkbox"/> Au déclarant 400€<br><input checked="" type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié<br>(préciser) : SFT/CHU | 1/17                  | 12/23               |
| SANOFI                               | Président<br>Organisme<br>Belges | <input type="checkbox"/> Aucune<br><input checked="" type="checkbox"/> Au déclarant 2300€<br><input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié<br>(préciser) : CHU               | 1/23                  | 1/24                |

SERB

AU CHU

1/15

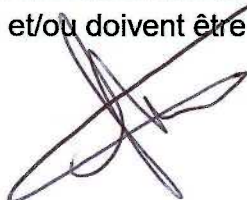
12/23

## 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<br>SOCIÉTÉ<br>SERVICES... | FONCTION OCCUPÉE | LIEN DE PARENTE |
|--------------------------------------|------------------|-----------------|
|                                      |                  |                 |
|                                      |                  |                 |

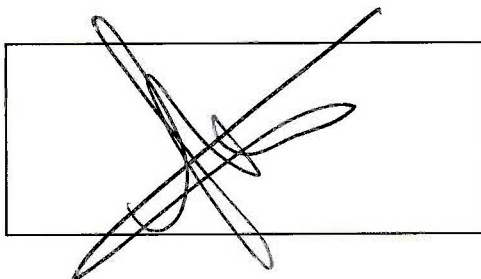
Je soussigné, certifie l'exactitude des renseignements fournis dans la présente déclaration. Je m'engage à actualiser ma déclaration d'intérêts chaque fois que ces informations sont périmées et/ou doivent être complétées.



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 Bordeaux Le : 18/2/24

Signature obligatoire



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

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.