

• • ● ● **Déclarer ses liens d'intérêts : Un conflit d'intérêts** naît d'une situation dans laquelle les liens d'intérêts d'une personne sont susceptibles, par leur nature ou leur intensité, de mettre en cause son impartialité ou son indépendance dans l'exercice de la mission qui lui est confiée.

La notion de **lien d'intérêts** recouvre les intérêts ou les activités, passés ou présents, d'ordre patrimonial, professionnel ou familial, de la personne en relation avec l'objet de la mission qui lui est confiée.

L'intérêt peut être :

- **Matériel ou moral :**
 - Matériel ou financier : rémunération ou gratification de toute nature ;
 - Moral, consistant en un bénéfice en termes de reconnaissance, occasionnelle ou régulière, sous toutes ses formes, notamment pour la promotion ou la défense :
 - D'intérêts personnels non directement financiers – comme ceux relatifs à des responsabilités professionnelles assumées ou recherchées, ou des mandats électifs professionnels détenus ou souhaités,
 - D'intérêts de groupes, tels ceux d'une école de pensée, d'une discipline ou d'une spécialité professionnelles - par exemple en cas d'exercice de responsabilités dans des organismes dont les prises de position publiques sur des questions en rapport avec la mission demandée pourraient faire douter de l'indépendance, de l'impartialité ou de l'objectivité de celui qui les exerce.
- **Direct ou par personne interposée :**
 - Intérêt direct : intérêt impliquant, à titre personnel, directement pour l'intéressé, un bénéfice, c'est à dire une rémunération, en argent ou en nature, ou toute forme de reconnaissance, occasionnelle ou régulière, sous quelque forme que ce soit. Le bénéfice est un avantage ou une absence de désavantage pour soi-même.
 - Intérêt indirect (ou par personne interposée) : intérêt impliquant, en raison de la mission remplie par l'intéressé, un bénéfice, rémunération ou gratification, ou une absence de désavantage, au profit d'une autre personne, physique ou morale (institution, organisme de toute nature), avec laquelle l'intéressé est en relation, ou un désavantage pour cette autre personne (que l'intéressé pourrait souhaiter pour celle-ci), dans des conditions telles que le comportement de l'intéressé pourrait s'en trouver influencé, même s'il ne reçoit aucun bénéfice à titre personnel.
- **Ancien, voire futur :**
 - La déclaration d'intérêts impose de déclarer les intérêts actuels mais aussi ceux qui existaient pendant les cinq dernières années ;
 - Dans un souci de loyauté, et même si la déclaration d'intérêts ne le prévoit pas, il convient que les personnes concernées informent des liens d'intérêts dont elles savent, au moment où elles font la déclaration, qu'ils vont apparaître dans un proche avenir.

- • • ● **Compte tenu des éléments présentés ci-dessus, nous vous proposons de remplir le document suivant afin de nous informer de tout « intérêt » éventuel. Cette déclaration engage la responsabilité du déclarant qui doit s'assurer qu'elle est sincère, à jour et exhaustive.**

Je soussigné(e) (Prénom) (Nom), (Profession) Arnaud LAZARUS- Cardiologue

Intervenant au titre de Membre du Conseil Scientifique au sein de l'UFCV

Déclare avoir pris connaissance de l'obligation de déclarer les intérêts éventuels et leur nature et être donc en mesure de déclarer sur les cinq dernières années :

Je soussigné **Dr Arnaud LAZARUS**

Reconnais avoir pris connaissance de l'obligation de déclarer tout lien d'intérêts direct ou par personne interposée avec les entreprises, établissements ou organismes dont les activités, les techniques et les produits entrent dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme au sein duquel j'exerce mes fonctions ou de l'instance collégiale, de la commission, du conseil, du groupe de travail, dont je suis membre ou invité à apporter mon expertise, ainsi qu'avec les sociétés ou organismes de conseil intervenant dans les mêmes secteurs.

Je renseigne cette déclaration en qualité :

- de membre ou conseil d'une instance collégiale, d'une commission, d'un comité ou d'un groupe de travail (veuillez préciser) au sein de [nom de l'institution] : Membre du conseil d'administration de l'UFCV (union pour la formation cardio-vasculaire), Membre du conseil d'administration national du Syndicat National des Spécialistes des Maladies du Cœur et des Vaisseaux (SNSMCV), Membre du conseil d'administration du Syndicat des Cardiologues de Paris et de sa région (SCRCP).
- de personne invitée à apporter mon expertise à
- de ma participation régulière, avec prise de parole, à des réunions scientifiques ou de formation dans le domaine de la rythmologie et de la télémedecine; de ma qualité de rédacteur en chef de la revue RythmologieS; de ma qualité de Président du congrès Cardiomstim.

Je m'engage à actualiser ma DPI dès qu'une modification intervient concernant ces liens ou que de nouveaux liens sont noués, et au minimum annuellement même sans modification.

Il vous appartient, à réception de l'ordre du jour d'une réunion, de vérifier si les liens d'intérêt que vous avez déclarés ou qui pourraient apparaître de manière ponctuelle sont compatibles avec votre présence lors de tout ou partie de cette réunion et d'en avvertir l'interlocuteur désigné au sein de l'institution et, le cas échéant, le président de séance, si possible, avant sa tenue. En cas de conflits d'intérêts, votre présence est en effet susceptible d'entacher d'irrégularité les décisions prises ou les recommandations, références ou avis émis et d'entraîner l'annulation de la décision prise ou de celle qu'aura pu prendre l'administration au vu de cette délibération.

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 de données vous concernant. Vous pouvez exercer ce droit en envoyant un mél à l'adresse suivante :
 Le présent formulaire sera publié sur le site de l'institution ou des institutions mentionnée(s) dans la déclaration et/ou sur le site du ministère chargé de la santé.

1. Votre activité principale

1.1. Votre activité principale exercée actuellement

Activité libérale

ACTIVITÉ	LIEU D'EXERCICE	DÉBUT (mois/année)	FIN (mois/année)
Cardiologie (rythmologie interventionnelle)	-Clinique Ambroise Paré (Neuilly sur Seine), Hôpital Cochin (Paris) et Hôpital Foch (Suresnes).	05/1994	En cours

Autre (activité bénévole, retraité...)

ACTIVITÉ	LIEU D'EXERCICE	DÉBUT (mois/année)	FIN (mois/année)

Activité salariée (remplir le tableau ci-dessous).

EMPLOYEUR PRINCIPAL	ADRESSE DE L'EMPLOYEUR	FONCTION OCCUPÉE dans l'organisme	DÉBUT (mois/année)	FIN (mois/année)
Biotronik France	2 rue Nicolas Ledoux; 94528 Rungis Cedex	Consultant, puis actuellement Médecin de l'hébergeur – Directeur Médical	1994	En cours

1.2. Vos activités exercées à titre principal au cours des cinq dernières années

A ne remplir que si différentes de celles remplies dans la rubrique 1.1.

Activité libérale

ACTIVITÉ	LIEU D'EXERCICE	DÉBUT (mois/année)	FIN (mois/année)
Cardiologie (rythmologie interventionnelle)	Clinique Bizet (Paris), Cabinet de Cardiologie (Saint Cloud, Clinique du Val d'Or (Saint Cloud)	1999	31/06/2016

Autre (activité bénévole, retraité...)

ACTIVITÉ	LIEU D'EXERCICE	DÉBUT (mois/année)	FIN (mois/année)

Activité salariée (remplir le tableau ci-dessous).

EMPLOYEUR PRINCIPAL	ADRESSE DE L'EMPLOYEUR	FONCTION OCCUPÉE dans l'organisme	DÉBUT (mois/année)	FIN (mois/année)

2. Vos activités exercées à titre secondaire

2.1. Vous participez ou vous avez participé à une instance décisionnelle d'un organisme public ou privé dont l'activité, les techniques ou produits entrent dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme ou de l'instance collégiale objet de la déclaration.

Sont notamment concernés les établissements de santé, les entreprises et les organismes de conseil, les organismes professionnels (sociétés savantes, réseaux de santé, CNPS), les associations de patients.

Je n'ai pas de lien d'intérêt à déclarer dans cette rubrique.

Actuellement ou au cours des cinq années précédentes :

ORGANISME (société, établissement, association)	FONCTION OCCUPÉE dans l'organisme	RÉMUNÉRATION (montant à porter au tableau A.1)	DÉBUT (mois/année)	FIN (mois/année)
Commission Télémédecine de la Société Française de Cardiologie	Membre	<input checked="" type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (<i>préciser</i>) :	08/2010	inactive
Commission Scientifique Indépendante des Médecins	Membre titulaire	<input type="checkbox"/> Aucune <input checked="" type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (<i>préciser</i>) :	03/2012	07/2016
Syndicat National des Spécialistes des Maladies du Cœur et des Vaisseaux	Membre du conseil d'administration	<input checked="" type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (<i>préciser</i>) :	01/2008	En cours
Syndicat des Cardiologues de Paris et de sa région	Membre du conseil d'administration	<input checked="" type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (<i>préciser</i>) :	06/2007	En cours
UFCV (Union pour la Formation Cardio-Vasculaire)	Membre du conseil d'administration	<input checked="" type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (<i>préciser</i>) :	01/2008 09/2016	03/2012 En cours
Cardiorisq (accréditation des équipes à risque en cardiologie interventionnelle)	Expert accrédité par la HAS	<input type="checkbox"/> Aucune <input checked="" type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (<i>préciser</i>) :	09/2009	2016
Congrès Cardioslim (REED Expositions France)	Président du Congrès	<input type="checkbox"/> Aucune <input checked="" type="checkbox"/> Au déclarant	10/2016	09/2022

		A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (<i>préciser</i>) :		
--	--	---	--	--

2.2. Vous exercez ou vous avez exercé une activité de consultant, de conseil ou d'expertise auprès d'un organisme entrant dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme ou de l'instance collégiale objet de la déclaration.

Il peut s'agir notamment d'une activité de conseil ou de représentation, de la participation à un groupe de travail, d'une activité d'audit, de la rédaction d'articles ou de rapports d'expertise.

Je n'ai pas de lien d'intérêt à déclarer dans cette rubrique.

Actuellement et au cours des cinq années précédentes :

ORGANISME (société, établissement, association)	FONCTION OCCUPÉE dans l'organisme	RÉMUNÉRATION (montant à porter au tableau A.2)	DÉBUT (mois/année)	FIN (mois/année)
Boston Scientific France	Participation ponctuelle à des réunions d'experts ou boards ou conseil scientifique	<input type="checkbox"/> Aucune <input checked="" type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (<i>préciser</i>) :	2007	2015
Medtronic France	Participation à des réunion d'experts	<input type="checkbox"/> Aucune <input checked="" type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (<i>préciser</i>) :	04/2012	06/2014
Sorin Group France	Participation régulière à des réunions de recherche et développement	<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input checked="" type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre : SARL InParys	10/2008	En cours
Promeca (pour le SNITEM)	Conseil scientifique	<input type="checkbox"/> Aucune <input checked="" type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (<i>préciser</i>) :	09/2012	12/2012
Bayer Pharma	Participation à une réunion d'experts	<input type="checkbox"/> Aucune <input checked="" type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (<i>préciser</i>) :	04/2014	04/2014
SNITEM	Conseil scientifique	<input type="checkbox"/> Aucune <input checked="" type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (<i>préciser</i>) :	1/2014	2015
Medtronic France	Participation ponctuelle à une réunion d'experts	<input type="checkbox"/> Aucune <input checked="" type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (<i>préciser</i>) :	06/2014	06/2014

2.3. Vous participez ou vous avez participé à des travaux scientifiques et études pour des organismes publics et/ou privés entrant dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme ou de l'instance collégiale objet de la déclaration

Doivent être mentionnées les participations à des travaux scientifiques, notamment la réalisation d'essais ou d'études cliniques ou précliniques, d'études épidémiologiques, d'études médico-économiques, d'études observationnelles sur les pratiques et prescriptions, etc.

Je n'ai pas de lien d'intérêt à déclarer dans cette rubrique.

Actuellement et au cours des cinq années précédentes :

ORGANISME (société, établissement, association)	DOMAINE et type de travaux	NOM du produit de santé ou du sujet traité	SI ESSAIS OU ÉTUDES cliniques ou précliniques préciser	RÉMUNÉRATION (montant à porter au tableau A.3)	DÉBUT (mois/année)	FIN (mois/année)
Boston Scientific	Rythmologie interventionnelle; recherches cliniques	Etudes : AUTOMATICITY, LEADER, SEPTAL, ERACE, OPTI-MIND 2	Type d'étude : <input type="checkbox"/> Etude monocentrique <input checked="" type="checkbox"/> Etude multicentrique Votre rôle : <input checked="" type="checkbox"/> Investigateur principal <input type="checkbox"/> Investigateur coordonnateur <input type="checkbox"/> Expérimentateur principal <input checked="" type="checkbox"/> Co-investigateur <input type="checkbox"/> Expérimentateur non principal	<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input checked="" type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (<i>préciser</i>) : SARL InParys	<2007	2015
Medtronic	Rythmologie interventionnelle; recherches cliniques	Etudes : PRESERVE, TRIV, MORE CARE, CAPSUREFIX MRI, FULL AUTOMATICITY	Type d'étude : <input type="checkbox"/> Etude monocentrique <input checked="" type="checkbox"/> Etude multicentrique Votre rôle : <input type="checkbox"/> Investigateur principal <input type="checkbox"/> Investigateur coordonnateur <input type="checkbox"/> Expérimentateur principal <input checked="" type="checkbox"/> Co-investigateur <input type="checkbox"/> Expérimentateur non principal	<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input checked="" type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (<i>préciser</i>) : SARL InParys	2009	2016
Saint Jude Médical	Rythmologie interventionnelle; recherches cliniques	Etudes : ACAP CONFIRM, QUICKFLEX, QUICKFLEX MICRO, FREEDOM, OPTIWAVE II, TENDRIL MRI, BIOPACE	Type d'étude : <input type="checkbox"/> Etude monocentrique <input checked="" type="checkbox"/> Etude multicentrique Votre rôle : <input type="checkbox"/> Investigateur principal <input type="checkbox"/> Investigateur coordonnateur <input type="checkbox"/> Expérimentateur principal <input checked="" type="checkbox"/> Co-investigateur <input type="checkbox"/> Expérimentateur non principal	<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input checked="" type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (<i>préciser</i>) : SARL InParys	2008	2015
Sorin Group	Rythmologie interventionnelle; recherches cliniques	Etudes : PREFACE, VISION, BITAC, OPTION, REPLY, PLEASURE-T, PLEASURE-S, ANSWER, AIDA, ASAP, CLEPSYDRA, RACINE, SPOT, RESPOND CRT, IKONE	Type d'étude : <input type="checkbox"/> Etude monocentrique <input checked="" type="checkbox"/> Etude multicentrique Votre rôle : <input type="checkbox"/> Investigateur principal <input type="checkbox"/> Investigateur coordonnateur <input type="checkbox"/> Expérimentateur principal <input checked="" type="checkbox"/> Co-investigateur <input type="checkbox"/> Expérimentateur non principal	<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input checked="" type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (<i>préciser</i>) : SARL InParys	2008	2016

2.4. Vous avez rédigé un article, intervenez ou êtes intervenu dans des congrès, conférences, colloques, réunions publiques diverses ou formations organisés ou soutenus financièrement par des entreprises ou organismes privés entrant dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme ou de l'instance collégiale objet de la déclaration

Je n'ai pas de lien d'intérêt à déclarer dans cette rubrique.

Actuellement et au cours des cinq années précédentes :

ENTREPRISE OU organisme invitant (société, association)	LIEU ET INTITULÉ de la réunion	SUJET de l'intervention, le nom du produit visé	PRISE EN CHARGE des frais de déplacement	RÉMUNÉRATION (montant à porter au tableau A.4)	DÉBUT (mois/année)	FIN (mois/année)
LEN médical	Revue "Rythmologies"	Rédacteur en chef	<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Aucune <input checked="" type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :	06/2011	En cours
Groupe de rythmologie de la SFC	Stimudef 2012, Marseille	Télécardiologie	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input checked="" type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :	03/2012	03/2012
Reed expositions France	Cardiostim 2012, Nice	Conseil scientifique	<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Aucune <input checked="" type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :	06/2012	06/2012
Biotronik France	Cardiostim 2012, Nice	Assistance au congrès	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input checked="" type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :	06/2012	06/2012
Novartis	Empreintes de médecine générale, Monaco	Télécardiologie	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Aucune <input checked="" type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :	09/2012	09/2012
CATEL	Carrefour de la Télésanté 2012	Prise en charge économique de la Télécardiologie	<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non	<input checked="" type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :	10/2012	10/2012
Collège national des cardiologues français	24 ^{ème} Congrès du CNCF, Marseille	Télécardiologie et resynchronisation cardiaque	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input checked="" type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :	10/2012	10/2012
Collège National des Cardiologues des Hôpitaux	18 ^{ème} assises du CNCH, Paris	Télécardiologie	<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non	<input checked="" type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :	11/2012	11/2012
Electra	Electra 2012, Marseille	Préparation du programme et présidence de séances	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input checked="" type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :	11/2012	11/2012
APODEC	Journée des porteurs de défibrillateurs cardiaques, Rouen	Télécardiologie	<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non	<input checked="" type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :	04/2013	04/2013



Déclaration d'intérêts

Agence Nationale de Pharmaco-Vigilance	Journées de rythmologie, Avignon	Télécardiologie	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input checked="" type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :	09/13	09/2013
Biosense Webster	Journée de cardiologie de la Clinique A. Paré, Enghien	Modérateur	<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non	<input checked="" type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :	09/13	09/2013
Electra	Electra 2013, Marseille	Préparation du programme et présidence de séances	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input checked="" type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :	11/2013	11/2013
Société Française de Cardiologie	JESFC 2014, Paris	Modérateur & participation à un programme de DPC	<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non	<input checked="" type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :	01/2014	01/2014
Bayer Pharma	ACC 2014, Washington DC(USA)	Participation au congrès et au What's up ACC 2014	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Aucune <input checked="" type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :	03/2014	03/2014
Biotronik France	Cardiostim 2014, Nice	Assistance au congrès	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input checked="" type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :	06/2014	06/2014
Electra	Electra 2014, Marseille	Préparation du programme et présidence de séances	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input checked="" type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :	11/2014	11/2014
Electra	Electra 2015, Marseille	Préparation du programme et présidence de séances	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input checked="" type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :	11/2015	11/2015
Société Française de Cardiologie	JESFC 2015, Paris	e-santé	<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non	<input checked="" type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :	01/2015	01/2015
Novartis	Empreintes de médecine générale	Télécardiologie	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Aucune <input checked="" type="checkbox"/> Au déclarant A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :	10/2015	10/2015
APODEC	Journée des porteurs de défibrillateurs cardiaques, Paris	Télécardiologie	<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non	<input checked="" type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser) :	04/2016	04/2016

2.5. Vous êtes inventeur et/ou détenteur d'un brevet ou d'un produit, procédé ou toute autre forme de propriété intellectuelle non brevetée en relation avec le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme ou de l'instance collégiale objet de la déclaration

Je n'ai pas de lien d'intérêt à déclarer dans cette rubrique.

NATURE DE L'ACTIVITÉ et nom du brevet, produit	STRUCTURE QUI MET à disposition le brevet, produit	PERCEPTION intéressement	RÉMUNÉRATION (montant à porter au tableau A.5)	DÉBUT (mois/année)	FIN (mois/année)
Brevet européen n° 815892.3 et nord-américain n° US 2009/0024054 A1	Biotronik CRM Patent AG	<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non	<input checked="" type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (<i>préciser</i>) :	Janvier 2009	NA

3. Activités que vous dirigez ou avez dirigées et qui ont bénéficié d'un financement par un organisme à but lucratif dont l'objet social entre dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme objet de la déclaration.

Le type de versement peut prendre la forme de subventions ou contrats pour études ou recherches, bourses ou parrainage, versements en nature ou numéraires, matériels, taxes d'apprentissage...

Sont notamment concernés les présidents, trésoriers et membres des bureaux et conseils d'administration.

Je n'ai pas de lien d'intérêt à déclarer dans cette rubrique.

Actuellement et au cours des cinq années précédentes :

STRUCTURE ET ACTIVITÉ bénéficiaires du financement	ORGANISME À BUT lucratif financeur (*)	DÉBUT (mois/année)	FIN (mois/année)

(*) Le pourcentage du montant des financements par rapport au budget de fonctionnement de la structure et le montant versé par le financeur sont à porter au tableau B.1.

4. Participations financières dans le capital d'une société dont l'objet social entre dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme objet de la déclaration.

Je n'ai pas de lien d'intérêt à déclarer dans cette rubrique.

Actuellement, tout intérêt financier, valeurs mobilières cotées ou non, qu'il s'agisse d'actions, d'obligations ou d'autres avoirs financiers en fonds propres doivent être déclarés les intérêts dans une entreprise ou un secteur concerné, une de ses filiales ou une société dont elle détient une partie du capital dans la limite de votre connaissance immédiate et attendue. Il est demandé d'indiquer le nom de l'établissement, entreprise ou organisme, le type et la qualité des valeurs ou pourcentage du capital détenu. (Les fonds d'investissement en produits collectifs de type SICAV ou FCP - dont la personne ne contrôle ni la gestion ni la composition - sont exclus de la déclaration.)

STRUCTURE CONCERNÉE	TYPE D'INVESTISSEMENT (*)
SARL InParys	Porteur de parts

(*) Le pourcentage de l'investissement dans le capital de la structure et le montant détenu sont à porter au tableau C.1.

5. Proches parents salariés et/ou possédant des intérêts financiers dans toute structure dont l'objet social entre dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme objet de la déclaration.

Les personnes concernées sont :

- le conjoint (époux[se], ou concubin[e], ou pacsé[e]), parents (père et mère) et enfants de ce dernier ;
- les enfants ;
- les parents (père et mère).

Cette rubrique doit être renseignée si le déclarant a connaissance des activités de ses proches parents.

Je n'ai pas de lien d'intérêt à déclarer dans cette rubrique.

Actuellement ou, si les activités sont connues, au cours des cinq années précédentes :

Proche(s) parent(s) ayant un lien avec les organismes suivants (Le lien de parenté est à indiquer au tableau D.1)	ORGANISMES CONCERNÉS

6. Autres liens d'intérêt que vous considérez devoir porter à la connaissance de l'organisme objet de la déclaration
Si besoin, au vu des précisions apportées par l'organisme au présent document type.

Je n'ai pas de lien d'intérêt à déclarer dans cette rubrique.

Actuellement, au cours des cinq années précédentes :

ÉLÉMENT OU FAIT CONCERNÉ	COMMENTAIRES (le montant des sommes perçues est à porter au tableau E.1)	ANNÉE de début	ANNÉE de fin

7. Si vous n'avez renseigné aucun item après le 1, cochez la case et signez en dernière page

Article L. 1454-2 du code de la santé publique.

" Est puni de 30 000 euros d'amende le fait pour les personnes mentionnées aux I et II de l'article L. 1451-1 et à l'article L. 1452-3 d'omettre, sciemment, dans les conditions fixées par ce même article, d'établir ou de modifier une déclaration d'intérêts afin d'actualiser les données qui y figurent ou de fournir une information mensongère qui porte atteinte à la sincérité de la déclaration. "

Fait à Neuilly sur Seine le 15 février 2017

Signature



(mention non rendue publique)

Les informations recueillies seront informatisées et votre déclaration (à l'exception des informations relatives aux montants déclarés et à l'identité des proches) sera publiée sur le site internet de
L'..... est responsable du traitement ayant pour finalité la prévention des conflits d'intérêts en confrontant les liens déclarés aux objectifs de la mission envisagé au sein de l'.....

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. Vous pouvez exercer ce droit en envoyant un mél à l'adresse suivante :