

DECLARATION DE CONFLIT D'INTERÊT

Je soussigné(e) :

Nom : ALLAOUCHICHE Prénom : Bernard

Profession : MEDecin

Intervenant en tant que : Membre de l'association des auteurs d'ANTIBIOGARDE

Avez-vous, dans les cinq dernières années, reçu pour vous ou pour une association que vous animez, une rémunération quelle qu'elle soit (salaire, honoraire, rémunération boursière, etc.), ou un avantage financier ou en nature (cadeaux, frais de déplacements, frais de congrès, matériel médical ou informatique, etc.), ou détenez-vous des participations financières (actions, obligations, etc.) de la part d'un organisme privé, industriel ou commercial qui pourrait tirer profit ou désavantage de votre intervention en tant que (à compléter selon le cas) dans le cadre de (à compléter selon le cas)?

OUI => Conflit d'intérêt déclaré par l'intervenant (cf. ci-dessous)

NON => Absence de conflit d'intérêt déclaré

Je soussigné(e) :

- o Atteste par la présente avoir déclaré tous les intérêts directs et indirects susceptibles de porter atteinte à l'objectivité dont je dois faire preuve dans le cadre de la mission qui m'a été confiée par l'association AdAdA.
- o M'engage à informer le Président de l'association AdAdA de toute modification de mes éventuels conflits d'intérêt.
- o Autorise l'association AdAdA à rendre accessible cette déclaration à tous les participants.

Date : 31/8/00

Signature : Bernard ALLAOUCHICHE
Responsable Médical
PAM URCAS - GHEH

Si OUI description de la nature du conflit d'intérêt (à reproduire autant de fois que nécessaire):

Conflit d'intérêt n° :	Année concernée :
Type de rémunération et/ou d'avantage financier et/ou de participation financière :	
Nom de l'organisme privé et/ou industriel et/ou commercial :	

Conflit d'intérêt n° :	Année concernée :
Type de rémunération et/ou d'avantage financier et/ou de participation financière :	
Nom de l'organisme privé et/ou industriel et/ou commercial :	