



Société de Médecine des Voyages

C/O Société Francophone de Médecine Tropicale
et Santé Internationale – BP 50082

75622 Paris cedex 13

09 67 65 17 99

www.medecine-voyages.fr

Déclaration d'intérêts personnels des membres du Conseil d'Administration de la SMV ou d'un intervenant dans un groupe de travail ou dans une réunion organisées sous l'égide de la SMV

Sont considérés comme conflits d'intérêts l'existence de liens directs ou indirects avec les entreprises, établissements ou organismes de conseils intervenant dans les mêmes champs d'activités de la médecine des voyages et poursuivant des buts susceptibles d'être à l'origine d'une concurrence entre les organismes en cause.

Les administrateurs ou les intervenants d'un groupe de travail sous l'égide de la SMV, lorsqu'ils ont un conflit d'intérêt direct ou indirect avec le dossier dont il est question ne peuvent prendre part ni aux délibérations ni au vote éventuel. Les administrateurs ou les intervenants sont tenus au secret des débats et à la discrétion professionnelle des dossiers dont ils ont pu avoir connaissance dans l'exercice de leur mandat et qui pourrait être à l'origine d'un conflit d'intérêt.

La présente déclaration signée et datée de manière manuscrite est rendue publique.

Si vous n'avez pas d'intérêt à déclarer, veuillez mentionner néant sous chaque rubrique.

Nom Prénom :

Fonction / Emploi :

Adresse professionnelle :

.....

Téléphone : PortableFixe

Courriel :

SMV



Société de Médecine des Voyages

C/O Société Francophone de Médecine Tropicale
et Santé Internationale – BP 50082
75622 Paris cedex 13
09 67 65 17 99

www.medecine-voyages.fr

1. Activité(s) donnant lieu à une rémunération personnelle autre(s) que celle(s) liée(s) à la fonction déclarée ci-dessus

1.1. Lien(s) permanent(s) ou durable(s): rémunération régulière, contrat, etc.

.....

1.2. Interventions ponctuelles donnant lieu à rémunération personnelle :

1.2.1. Rapports d'expertise

.....

1.2.2. Activités de conseils

.....

1.2.3. Essais cliniques et travaux scientifiques

.....

2. Participation au capital d'une entreprise

.....

3. Activité(s) donnant lieu à un versement au budget d'une institution autre que celle de votre (vos) employeur(s).

.....

4. Liens familiaux

.....

5. Autres liens sans rémunération

.....

Je soussigné

déclare sur l'honneur, qu'à ma connaissance tous les liens directs ou indirects avec les entreprises, établissements ou organismes de conseils intervenant dans les champs d'activités de la médecine des voyages et poursuivant des buts susceptibles d'être à l'origine d'une concurrence financière ou scientifique entre les organismes en cause, sont énumérés ci-dessus. Je m'engage en outre, si je devais acquérir d'autres intérêts que ceux mentionnés à les déclarer immédiatement.

Fait à :

Le :