



# Société Française de Cardiologie

## DECLARATION DE CONFLIT D'INTERET

Un conflit d'intérêts peut exister lorsqu'un membre ou un membre de sa famille (conjoint, parent, enfant, frère ou sœur, personne ayant des relations personnelles privilégiées) :

a un intérêt dans un organisme ou dans un établissement de santé qui pourrait être affecté par les conclusions des travaux de la Société Française de Cardiologie ;  
est employé, dirigeant, consultant ou représente un tel organisme et/ou un tel établissement de santé ;

négocie ou a déjà un accord pour un emploi, une collaboration ou une association avec un tel organisme.

et si ces intérêts peuvent significativement affecter ou donner l'impression d'affecter le travail du membre de la SFC dans les fonctions qui sont confiées.

Nous vous serions obligés de bien vouloir compléter et signer ce document.

Je soussigné(e)

**Nom :**

**Prénom :**

**Profession :**

**Groupe de travail :**

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

✓ **Activité(s) professionnelle(s) principale(s) :**

✓ **Activité(s) professionnelle(s) secondaires(s) :**

✓ **Fonction(s) au sein de société(s) professionnelle(s) :**

✓ **Les intérêts éventuels suivants :**

dans des établissements de santé publics et privés et/ou des réseaux de soins, dans les sociétés conseils pour les établissements de santé, dans l'industrie du médicament, des dispositifs médicaux à visée diagnostique, thérapeutique et préventive, dans les organisations professionnelles en santé ou les sociétés de conseil intervenant dans ces secteurs :

Participations financières dans le capital d'une entreprise :

Activités donnant lieu à une rémunération personnelle :

Liens durables ou permanents (contrat de travail, rémunération régulière, consultants) :

Interventions ponctuelles (rapport d'expertise, activité de conseil, conférences, actions de formation, essais cliniques et travaux scientifiques, autres) :

Activités donnant lieu à un versement au budget d'une institution à préciser (établissement hospitalier, université, association, autre) :

Autres liens sans rémunération (parents salariés dans des entreprises visées ci-dessus, autres) :

✓ **Je ne suis pas en situation de conflit d'intérêt particulier.**

**Je soussigné(e), .....**

**Déclare par la présente que tous les intérêts directs ou indirects susceptibles de porter atteinte à l'objectivité dont je dois faire preuve dans le cadre de mes fonctions au sein..... sont énumérés ci-dessus.**

Fait à :

Le :

Signature

(Nous retourner un exemplaire original)