

- • • ● 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 soussignée **Docteur Christine Bach, chirurgien O.R.L.**, intervenant au titre de **Membre du Conseil Scientifique** et au titre de **conférencière de la formation du 11 octobre 2018 « Le sinus de fond en comble »** au sein de la **Société odontologique de Paris**.

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 :

### 1) Activité principale :

Activité	Exercice (libéral, salarié, autre...)	Lieu d'exercice	Début (Mois/année)	Fin (Mois/année)
Assistante	Salarié	Hôpital FOCH / 92150	01 / 2011	en exercice
Chirurgien ORL	Libéral	Clinique du Val d'Or / 92210	02 / 2011	en exercice

### 2) Activités à titre secondaire :

*(Participation à une instance décisionnelle d'un organisme public ou privé dont l'activité, les techniques ou produits entrent dans le champ de compétence de l'organisme ou de l'instance collégiale objet de la déclaration, travaux ou études scientifiques, consultant, articles, congrès...)*

Structure ou organisme	Fonction ou activité	Rémunération (oui/non)	Début (Mois/année)	Fin (Mois/année)
SOP	Membre du conseil scientifique	non	04/2018	en cours
SOP	Intervenant	non	01/2018	10/2018

### 3) Activités qui ont bénéficié d'un financement par un organisme à but lucratif dont l'objet social entre dans le champ de compétence de l'organisme objet de la déclaration

Structure et activité bénéficiant du financement	Organisme à but lucratif financeur	Début (Mois/année)	Fin (Mois/année)
/	/		
/	/		

4) Participations financières dans le capital d'une société :

Structure concernée	Type d'investissement
/	/
/	/

5) Existence de proches parents salariés ou possédant des intérêts financiers dans toute structure dont l'objet social entre dans le champ de compétence de l'organisme objet de la déclaration

Organismes concernés	Commentaire	Début (Mois/année)	Fin (Mois/année)
/	/		
/	/		

6) Autres liens d'intérêts que le déclarant choisit de faire connaître :

Élément ou fait concerné	Commentaire	Début (Mois/année)	Fin (Mois/année)
/	/		
/	/		

Je n'ai aucun lien d'intérêt à déclarer.

Fait à : *Suresnes*

Le : *11/06/18*

Signature :

Docteur Christine BACH

