

## LIENS D'INTERETS

### FORMATIONS MEDICALES CONTINUES

Un lien d'intérêt peut exister pendant les deux dernières années, lorsqu'un intervenant (ou un membre de sa famille : conjoint, parent, enfant, frère et sœur) :

- A un intérêt dans un organisme ou dans un établissement de santé qui pourrait être affecté par les conclusions des travaux de l'organisme / industriel.
- Est employé, dirigeant, consultant ou représente un tel organisme / industriel.
- Négocie ou a déjà un accord, un emploi, une collaboration ou une association avec un tel organisme / industriel.

Je soussigné(e), Dr. Jerusalem Guy

Adresse professionnelle : CHU Liège, Av. de l'hôpital, 1  
4000 Liège Belgique

1 - Déclare ne pas être en situation d'intérêt particulier.

2 - Déclare mes intérêts éventuels et leur nature,  
susceptibles d'influencer le contenu de mes interventions  
dans le cadre des 38<sup>èmes</sup> Journées de la SFSPM à Dijon

Si vous avez coché la case 2, merci de répondre par **oui** ou par **non** aux options proposées, pour chacun des organismes avec lesquels vous collaborez, dans le tableau ci-dessous :

Nom de l'organisme/industriel	Type d'activité				
	Consultant / Expert	Conférences / Formations rémunérées	Recherche / Essais cliniques	Actionnaire	Participant à ou détenteur d'un brevet

Autres intérêts : .....

**Je m'engage en outre, si dans les deux ans à venir, je devais acquérir ou détenir des intérêts autres que ceux mentionnés ci-dessus, à les déclarer.**

Fait à : Liège, le 28/01/2016

Signature

Prof. G. JERUSALEM  
Oncologie médicale  
CHU - SART-TILMAN  
1-65663-13-660

## LIENS D'INTERETS

### FORMATIONS MEDICALES CONTINUES

Un lien d'intérêt peut exister pendant les deux dernières années, lorsqu'un intervenant (ou un membre de sa famille : conjoint, parent, enfant, frère et sœur) :

- A un intérêt dans un organisme ou dans un établissement de santé qui pourrait être affecté par les conclusions des travaux de l'organisme / industriel.
- Est employé, dirigeant, consultant ou représente un tel organisme / industriel.
- Négocie ou a déjà un accord, un emploi, une collaboration ou une association avec un tel organisme / industriel.

Je soussigné(e), Dr. Lifrange Eric

Adresse professionnelle : GMC Liège, Avenue de l'Hôpital, 1

4000 Liège Belgique

1 - Déclare ne pas être en situation d'intérêt particulier.

2 - Déclare mes intérêts éventuels et leur nature, susceptibles d'influencer le contenu de mes interventions dans le cadre des 38<sup>èmes</sup> Journées de la SFSPM à Dijon

Si vous avez coché la case 2, merci de répondre par **oui** ou par **non** aux options proposées, pour chacun des organismes avec lesquels vous collaborez, dans le tableau ci-dessous :

Nom de l'organisme/industriel	Type d'activité				
	Consultant / Expert	Conférences / Formations rémunérées	Recherche / Essais cliniques	Actionnaire	Participant à ou détenteur d'un brevet

Autres intérêts : .....

Je m'engage en outre, si dans les deux ans à venir, je devais acquérir ou détenir des intérêts autres que ceux mentionnés ci-dessus, à les déclarer.

Fait à : Liège, le 23/01/2016

Signature M E. LIFRANGE  


# LIENS D'INTERETS

## FORMATIONS MEDICALES CONTINUES

Un lien d'intérêt peut exister pendant les deux dernières années, lorsqu'un intervenant (ou un membre de sa famille : conjoint, parent, enfant, frère et sœur) :

- A un intérêt dans un organisme ou dans un établissement de santé qui pourrait être affecté par les conclusions des travaux de l'organisme / industriel.
- Est employé, dirigeant, consultant ou représente un tel organisme / industriel.
- Négocie ou a déjà un accord, un emploi, une collaboration ou une association avec un tel organisme / industriel.

Je soussigné(e), Dr. Cochon Michel

Adresse professionnelle : Clinique St-Vincent, Rue François Fabrice 23  
4000 Rocourt, Belgique

- 1 - Déclare ne pas être en situation d'intérêt particulier.
- 2 - Déclare mes intérêts éventuels et leur nature, susceptibles d'influencer le contenu de mes interventions dans le cadre des 38<sup>èmes</sup> Journées de la SFSPM à Dijon

Si vous avez coché la case 2, merci de répondre par **oui** ou par **non** aux options proposées, pour chacun des organismes avec lesquels vous collaborez, dans le tableau ci-dessous :

Nom de l'organisme/industriel	Type d'activité				
	Consultant / Expert	Conférences / Formations rémunérées	Recherche / Essais cliniques	Actionnaire	Participant à ou détenteur d'un brevet

Autres intérêts : .....

.....

.....

.....

Je m'engage en outre, si dans les deux ans à venir, je devais acquérir ou détenir des intérêts autres que ceux mentionnés ci-dessus, à les déclarer.

Fait à : Rocourt, le 26/10/2016

Signature 