

Attestation sur l'honneur du conseiller ordinal

Je soussigné(e) Docteur..... *Charles CHARANI*

Fonction au sein du bureau..... */*

ou membre titulaire ou membre suppléant (Cocher la case correspondante)

du Conseil départemental du Nord de l'Ordre des médecins

➤ Atteste sur l'honneur avoir pris connaissance des documents ci-après :

- Règlement intérieur de l'Ordre des médecins
- Règlement de trésorerie de l'Ordre des médecins
- Règlement électoral de l'Ordre des médecins

dont je m'engage à respecter les dispositions.

➤ Avoir remis ma déclaration d'intérêt et m'engager à la mettre à jour en cas de modification de mes activités et fonctions.

Les règlements étant susceptibles de modifications au cours de la mandature, celles-ci devront être portées à ma connaissance par le Conseil.

Date *15.3.2025*

Signature

