

Je soussigné(e)

Nom : HENNION,

Prénoms : Hubert,

Élu au conseil départemental de : NORD

Depuis le : 09/03/2025,

1.1. Activité principale exercée actuellement

Activité libérale :

- En cabinet
- Dans un établissement de soins

Activité salariée :

- Etablissement hospitalier
- Autre structure (à préciser) Clinique LNA SANTE SAINT PIERRE

Retraité sans activité

Retraité actif

Élu au conseil régional de \_\_\_\_\_

Élu au conseil national de l'Ordre des médecins

- Élu assesseur à la chambre disciplinaire nationale
- Élu assesseur à la chambre disciplinaire de 1<sup>ère</sup> instance de \_\_\_\_\_
- Nommé assesseur à la section des assurances sociales nationale
- Désigné assesseur à la section des assurances sociales de première instance de \_\_\_\_\_
- Membre ou conseil d'une instance collégiale, d'une commission, d'un comité ou d'un groupe de travail au sein de l'Institution ordinale.
- Autre,  
Préciser le cadre : \_\_\_\_\_

Préciser la nature et la durée du ou des mandats et le nom de la ou des organisations

---



---



---

- Je déclare avoir perçu pendant les cinq années écoulées des revenus provenant d'activités (ou des parts) dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou des sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le nom et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s) ou le nombre de parts, la fonction occupée et/ou l'objet de la mission).

- 
- 
-

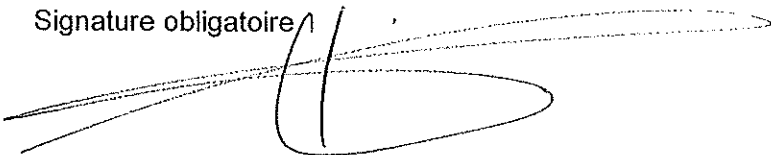
- Je déclare avoir un lien de parenté ou d'alliance avec une ou de(s) personne(s) salariée(s) et/ou possédant des intérêts financiers dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou de sociétés prestataires de services de l'Ordre (Préciser le degré de parenté et l'objet social de ou des organisme(s) ou société(s), la fonction occupée).

Je soussigné, certifie l'exactitude des renseignements fournis dans la présente déclaration. Je m'engage à actualiser ma déclaration d'intérêts chaque fois que ces informations sont périmées et/ou doivent être complétées.

Cette déclaration ne me décharge pas de mon obligation de me récuser ou de me désister, si j'estime que j'ai des liens susceptibles d'être considérés comme pouvant porter atteinte à mon indépendance, à l'occasion d'une mission ou d'une délibération du conseil départemental.

Fait à ...MARO-EN-BAROEAL... Le : ...16 mars 2025...

Signature obligatoire

A handwritten signature in black ink, consisting of a large, stylized 'S' shape with a vertical line through it, and a horizontal line extending to the left.