



Association Mieux Prescrire

DÉCLARATION D'ABSENCE DE CONFLIT D'INTÉRÊTS ANNÉE 2019

Date :

Je soussigné(e) :

Nom :

Prénom :

Domicilié(e) :

.....

[cocher la (ou les) case(s) utile(s)]

- Membre de l'Assemblée Générale des Collèges
- Membre de la Rédaction
- Directeur éditorial
- Chargé de mission
- Autre

déclare n'avoir aucun conflit d'intérêts personnel, tel que décrit dans la Charte "Non Merci...", et incompatible avec les objectifs de l'Association.

Je m'engage à signaler, dans un délai d'un mois, tout changement de ma situation à cet égard.

En cas de doute sur des situations susceptibles d'être incompatibles avec ma fonction au sein de l'Association ou de ses Productions, je m'en entretiendrais avec :

- le Responsable de la Rédaction (si membre de la Rédaction),
- le Président de l'Association (si Directeur éditorial ou Chargé de mission),
- le Secrétaire général de l'Association (si membre de l'Assemblée Générale des Collèges).

Signature :

Association Mieux Prescrire

83, bd Voltaire - 75558 PARIS CEDEX 11 - Tél : (33) (0)1 49 23 72 80 - Fax : (33) (0)1 47 00 33 20

Courriel : amp@prescrire.org - Site internet : www.prescrire.org