



DECLARATION D'INTERETS CIROMK

Nom : BEHAGHEL

Prénoms : VINCIANE

1. Activités professionnelles

1-1 masseur-kinésithérapeute

1-1-1 Exercice libéral

- En cabinet (nom des collaborateurs et/ou associés le cas échéant)

FRANCLET Roland, REMIATTE Rémi

- Dans une autre structure (préciser)



- Temps partiel ou temps plein



1-1-2 Exercice salarié

- En établissement (préciser)



- Dans une autre structure (préciser)



- Temps partiel ou temps plein



1-1-3 Autre type d'exercice (préciser)



1-1-4 Retraité-Activités

- Activités conservées (préciser)



1-2 Autre(s) activité(s) professionnelle(s) (préciser)

Association M ton dos

2. Mandats ordinaires

2-1 Conseil National (Préciser la nature et la durée du mandat)



2-2 Conseil Régional (Préciser la nature et la durée du mandat)

Secrétaire générale pour
3 ans

2-3 Conseil Départemental (Préciser la nature et la durée du mandat)





Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes

Conseil Interrégional La Réunion - Mayotte

2-4 *Chambre disciplinaire de Première Instance (Préciser la durée du mandat)*



2-5 *Chambre Disciplinaire Nationale (Préciser la durée du mandat)*



2-6 *Section des Assurances Sociales de Première Instance (Préciser la durée du mandat)*



2-7 *Section des Assurances Sociales Nationale (Préciser la durée du mandat)*



3. Autres fonctions électives

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



4. Autres responsabilités (secteur associatif par exemple)

Préciser la nature et de la durée de la ou des fonctions, et le nom de la ou des structures ou associations



5. Intéressement dans des sociétés entrant dans le champ de compétences et/ou prestataires de service de l'ordre

Préciser la nature de l'intéressement pour chaque société



6. Parents ou proches et/ou possédant des intérêts financiers dans des sociétés entrant dans le champ de compétences et/ou prestataires de services de l'ordre

Préciser l'identité du parent ou du proche, et la nature de l'intéressement pour chaque société



7. Autres éléments ou faits considérés comme devant être déclarés



Je soussigné, certifie l'exactitude des renseignements indiqués dans la présente déclaration. Je m'engage, en cas d'évolution de ma situation personnelle ou des intérêts mentionnés dans les différentes rubriques, à actualiser la présente déclaration. Cette déclaration ne me décharge pas de mon obligation de me récuser d'une mission ou de me désister d'une délibération, si j'estime que j'ai des liens d'intérêts susceptibles d'être considérés comme pouvant porter atteinte à mon indépendance. J'ai pris connaissance du fait que cette déclaration sera rendue publique, à l'exception des informations concernant mes parents et mes proches.

Fait à : St Pierre

Le 28/06/2021

Lu et approuvé (mention manuscrite) *lu et approuvé*

Signature



Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes

Conseil Interrégional La Réunion - Mayotte

- Centre d'affaires de Savanna, Bat. B 2ème étage, 4 rue Jules Thirel 97460 SAINT PAUL