

DÉCLARATION D'ABSENCE DE CONFLIT D'INTÉRÊTS

Date de la déclaration

Je soussigné(e) NOM : PERROT

Prénom : NICOLAS

Profession : MÉDECIN

Domaine d'expertise : RADIOLOGIE - ECHOCARPIE - IRM

N° ADEL ou Ordre des médecins 33-257 / 751 39 257-2
SEXOLOGIE

Lieu d'exercice : PARIS

Membre de la Rédaction [cocher la (ou les) case(s) utile(s)]

Directeur éditorial

déclare n'avoir aucun conflit d'intérêts personnel, et incompatible avec les objectifs de BMPTMultimédia

Je m'engage à signaler, tout changement de ma situation à cet égard et de réactualiser cette déclaration si le cas se présente.

Pour servir et valoir ce que de droit.

Signature

