

DÉCLARATION D'ABSENCE DE CONFLIT D'INTÉRÊTS

Date de la déclaration 06/10/2014

Je soussigné(e) NOM : . BARRANGER

Prénom : EMMANUEL

Profession : CHIRURGIEN

Domaine d'expertise : CHIRURGIE CANCEROLOGIQUE GYNECOLOGIQUE ET
MAMMAIRE

N° ADELI ou Ordre des médecins 06/12451

Lieu d'exercice : CENTRE ANTOINE LACASSAGNE NICE

X Membre de la Rédaction [*cocher la (ou les) cases 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

