

- • • • • Compte tenu des éléments présentés ci-dessus, nous vous proposons de remplir le document suivant afin de nous informer de tout « intérêt » éventuel. Cette déclaration engage la responsabilité du déclarant qui doit s'assurer qu'elle est sincère, à jour et exhaustive.

Je soussigné **Florent TRAPE, MEDECIN**

Intervenant au titre de **Vice-Président de l'Association PREVIOS / Intervenant**

Au sein de **l'Association PREVIOS.**

Déclare avoir pris connaissance de l'obligation de déclarer les intérêts éventuels et leur nature et être donc en mesure de déclarer sur les cinq dernières années :

1) Activité principale :

Activité	Exercice (libéral, salarié, autre...)	Lieu d'exercice	Début (Mois/année)	Fin (Mois/année)
PRATICIEN HOSPITALIER	SALAIRE	CMC PANGLOSS TOULOUSE	M 1 2000	

2) Activités à titre secondaire :

(Participation à une instance décisionnelle d'un organisme public ou privé dont l'activité, les techniques ou produits entrent dans le champ de compétence de l'organisme ou de l'instance collégiale objet de la déclaration, travaux ou études scientifiques, consultant, articles, congrès...)

Structure ou organisme	Fonction ou activité	Rémunération (oui/non)	Début (Mois/année)	Fin (Mois/année)

3) Activités qui ont bénéficié d'un financement par un organisme à but lucratif dont l'objet social entre dans le champ de compétence de l'organisme objet de la déclaration

Structure et activité bénéficiant du financement	Organisme à but lucratif financeur	Début (Mois/année)	Fin (Mois/année)
CF Page Annexe (1 page)			

4) Participations financières dans le capital d'une société :

Structure concernée	Type d'investissement

5) Existence de proches parents salariés ou possédant des intérêts financiers dans toute structure dont l'objet social entre dans le champ de compétence de l'organisme objet de la déclaration

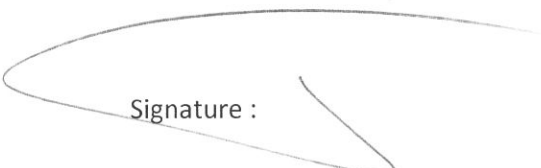
Organismes concernés	Commentaire	Début (Mois/année)	Fin (Mois/année)

6) Autres liens d'intérêts que le déclarant choisit de faire connaître :

Élément ou fait concerné	Commentaire	Début (Mois/année)	Fin (Mois/année)

Je n'ai aucun lien d'intérêt à déclarer.

Fait à : TOULOUSE
Le : 14 novembre 2016

Signature : 



Base Transparence Santé

[Accueil](#) • [Recherche par bénéficiaire](#) • [Résultats](#) •

Résultats des déclarations par bénéficiaire

[Afficher les Avantages](#)

[Afficher les Conventions](#)

5 Avantage(s) correspondant à votre sélection

Bénéficiaire ▲	Type de bénéficiaires ◆	Entreprise ◆	Date ◆	Nature ◆	Montant ◆	
TRAPE FLORENT	Médecin	LES LABORATOIRES SERVIER	11/10/2013	Transport	446 €	Détail
TRAPE FLORENT	Médecin	LES LABORATOIRES SERVIER	11/10/2013	Repas	70 €	Détail
TRAPE FLORENT	Médecin	ICOMED	10/12/2013	Autre: [Enquête]	27 €	Détail
TRAPE FLORENT	Médecin	LES LABORATOIRES SERVIER	04/10/2014	Transport	535 €	Détail
TRAPE FLORENT	Médecin	LES LABORATOIRES SERVIER	04/10/2014	Repas	70 €	Détail

1

[Retour](#)



Ministère des Affaires sociales,
de la Santé et des Droits des femmes

[Plan du site](#)

[Accessibilité](#)

[Mentions légales](#)

[Contact](#)

[FAQ](#)

[Liens utiles](#)

www.legifrance.gouv.fr

www.service-public.fr

www.gouvernement.fr

www.france.fr