

Je soussigné(e) (Prénom) (Nom), (Profession) Sarah Hartley, Medecin

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	Salarié	Hôpital Poincaré	2003	
Medecin coordonnateur	Salarié	Réseau Morphée	2004	

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 la SFRMS, travaux ou études scientifiques, consultant, articles, congrès, association de patients, fondation...)

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 la SFRMS

Structure et activité bénéficiant du financement	Organisme à but lucratif financeur	Début (Mois/année)	Fin (Mois/année)

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 la SFRMS

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)
Participation aux congrès	UCB (ateliers de la narcolepsie), Jazz (SFRMS 2021), ISIS médical (congrès franco-israélien 2017 – 2019)		
Financement de l'étude SNV-SJSR, Participation aux réunion de l'AFE à Nantes 2021	AFE		

Je n'ai aucun lien d'intérêt à déclarer

Fait à : Garches

Le : 06/09/2021

Signature :