

Je soussignée Laure Peter-Derex, neurologue,

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)
Neurologue	Salariée	Hospices Civils de Lyon / Université Lyon 1	2008	actuel

### 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)
Bioprojet	Conférence	Oui	06/2023	06/2023
Eisai	Workshop - Conférence	Oui	10/2022	11/2022
Zogenix	Conférence	Oui	10/2022	10/2022
Jazz	Conférence	Oui	10/2021	10/2021

### 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)
ARPS (Association pour la Recherche et la Promotion des Connaissances sur le Sommeil)	Asten Santé	09/2023	10/2023

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

Structure concernée	Type d'investissement
NA	

**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)
NA			

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

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

Fait à :Lyon

Le : 08/10/2023

