



Conseil Régional de Bourgogne Franche-Comté
de l'Ordre des Médecins

**DECLARATION D'INTERETS DES CONSEILLERS REGIONAUX ET DES ASSESSEURS DE LA
CHAMBRE DISCIPLINAIRE DE BOURGOGNE FRANCHE-COMTE**

Année 2025

Je soussigné(e) :

Nom : Dr GIBAUD - BALEYDIER

Prénom : Francis

1. ACTIVITES PROFESSIONNELLES

1.1. Activité principale exercée actuellement

☐ Activité libérale :

○ ☐ En cabinet

○ ☐ Dans un établissement de santé (à préciser)

.....
.....

☐ Activité salariée :

○ ☐ Etablissement hospitalier (à préciser)

.....
.....

○ ☐ Etablissement privé (à préciser)

.....
.....

☐ Retraité actif

☒ Retraité total depuis le (date) : 31/12/2022

2. MANDATS ORDINAUX

☒ Elu(e) au Conseil Régional de Bourgogne Franche-Comté de l'Ordre des Médecins depuis
le : février 2019

CONFORMEMENT AUX DISPOSITIONS DE LA LOI N° 78-17 DU 6 JANVIER 1978 MODIFIEE RELATIVE A L'INFORMATIQUE, AUX FICHIERS ET
AUX LIBERTES, VOUS DISPOSEZ D'UN DROIT D'ACCES ET DE RECTIFICATION DES DONNEES VOUS CONCERNANT.

DECLARATION D'INTERETS

- ☒ Elu(e) au Conseil Départemental de Côte d'Ivoire de
l'Ordre des Médecins depuis le : 16/3/2008
- ☐ Elu(e) au Conseil National de l'Ordre des Médecins depuis le

3. FONCTIONS D'ASSESEURS AU SEIN DES INSTANCES ORDINALES

- ☒ Assesseur à la Chambre Disciplinaire Nationale depuis le 06/20
☒ Assesseur à la Chambre Disciplinaire de Première Instance depuis le 06/2022
☐ Assesseur à la Section des Assurances Sociales Nationale depuis le
☒ Assesseur à la Section des Assurances Sociales de Première Instance depuis le 2022 ou 25 ?
☐ Membre ou conseil d'une instance collégiale, d'une commission, d'un comité ou d'un groupe de travail au sein de l'institution ordinale (départementale, régionale et nationale) :

Commission VVS Chap 21 ~~et~~
Commission ENMARS Chap 21
Commission Ethique et Développement Chap 21 RFE
Commission Protection Préfecture 21
COPIL VLF Préfecture 21

4. AUTRES FONCTIONS ELECTIVES (AU SEIN D'AUTRES STRUCTURES)

[illegible]

5. AUTRES ACTIVITES, A L'EXCLUSION DES MISSIONS DE SERVICE PUBLIC

☒ Je déclare avoir perçu pendant les cinq années écoulées des revenus provenant d'activités (ou des parts) dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou des sociétés prestataires de services de l'Ordre des médecins :

Nom de l'organisme, société, service....	Fonction occupée	Rémunération	Début (mois/année)	Fin (mois/année)
EDUPRA	formatrice (organisme de DPC)	☐ Aucune ☒ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié(e) (précisez) :	15/9/2020 et 4/2/2021	
- Rodie Diabete Care	Conférence presse	☐ Aucune ☒ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié(e) (précisez) :	Conférence de presse 23/3/2021 et animation réunion 3/9/2021	
- Novob	Board	☐ Aucune ☒ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié(e) (précisez) :	18/5/21 et 19/10/21	
- Abbott	Board - Retens	☐ Aucune ☒ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié(e) (précisez) :	8/12/2021	
- Astra-Zeneca	animateur + cardio et néphro	☐ Aucune ☒ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié(e) (précisez) :	8/12/2021	
AFD 21 (Ass. diététique)	Council d'administration	☒ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié(e) (précisez) :	janvier 2023	en cours
CINDIA/Institut de répi autonome Centre Inter Régional	Bureau	☒ Aucune ☐ Au déclarant ☐ A un organisme dont vous êtes membre ou salarié(e) (précisez) :	janvier 2023	en cours

☐ Je déclare n'avoir perçu, pendant les cinq années écoulées, aucun revenu provenant d'activités (ou de parts) dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou des sociétés prestataires de service de l'Ordre des médecins.

6. AUTRES LIENS

☐ Je déclare avoir un lien de parenté ou d'alliance avec une ou des personnes salarié(e)s et/ou possédant des intérêts financiers dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou de sociétés prestataires de services de l'Ordre :

Organismes, sociétés, services...	Fonctions occupées	Liens de parenté

CONFORMEMENT AUX DISPOSITIONS DE LA LOI N° 78-17 DU 6 JANVIER 1978 MODIFIEE RELATIVE A L'INFORMATIQUE, AUX FICHIERS ET AUX LIBERTES, VOUS DISEPOSEZ D'UN DROIT D'ACCES ET DE RECTIFICATION DES DONNEES VOUS CONCERNANT.

☒ Je déclare n'avoir aucun lien de parenté ou d'alliance avec une ou des personnes salarié(e)s et/ou possédant des intérêts financiers dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou de sociétés prestataires de services de l'Ordre.

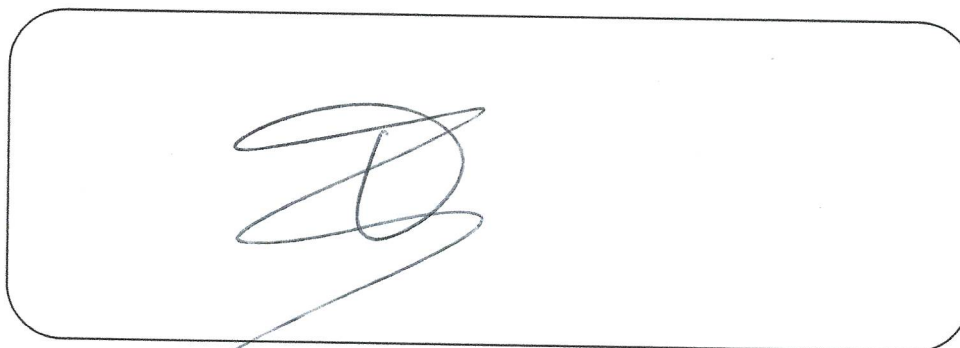
Je soussigné(e), François Giroud certifie l'exactitude des renseignements fournis dans la présente déclaration.

Je m'engage à actualiser ma déclaration d'intérêts chaque fois que ces informations sont périmées et/ou doivent être complétées et à refaire cette déclaration chaque année.

Cette déclaration ne me décharge pas de mon obligation de me récuser ou de me désister, si j'estime que j'ai des liens susceptibles d'être considérés comme pouvant porter atteinte à mon indépendance, à l'occasion d'une mission ou d'une délibération du Conseil Régional.

Fait à DJ Le : 7/8/2025

Signature obligatoire



Déclaration à adresser au Conseil Régional de Bourgogne Franche-Comté de l'Ordre des Médecins, par mail (crom.bfc@ordre.medecin.fr) ou par courrier (37 A avenue Françoise Giroud – 21 000 DIJON)

☒ Je déclare n'avoir aucun lien de parenté ou d'alliance avec une ou des personnes salarié(e)s et/ou possédant des intérêts financiers dans des organismes et/ou sociétés commercialisant des produits ou services en lien avec la santé et/ou de sociétés prestataires de services de l'Ordre.

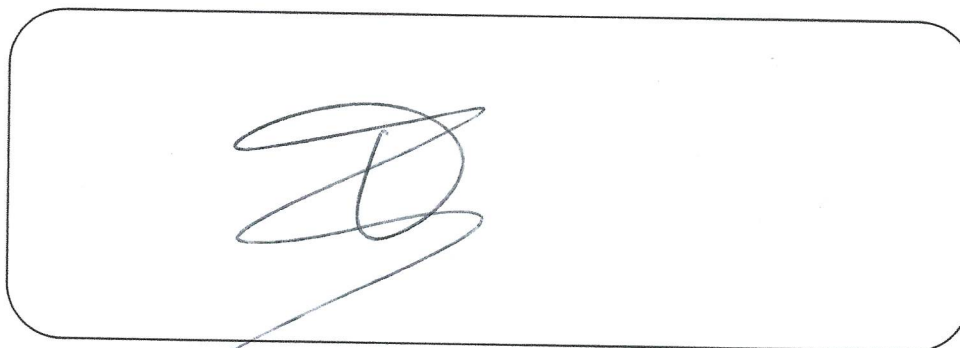
Je soussigné(e), François Giroud certifie l'exactitude des renseignements fournis dans la présente déclaration.

Je m'engage à actualiser ma déclaration d'intérêts chaque fois que ces informations sont périmées et/ou doivent être complétées et à refaire cette déclaration chaque année.

Cette déclaration ne me décharge pas de mon obligation de me récuser ou de me désister, si j'estime que j'ai des liens susceptibles d'être considérés comme pouvant porter atteinte à mon indépendance, à l'occasion d'une mission ou d'une délibération du Conseil Régional.

Fait à DJ Le : 7/8/2025

Signature obligatoire



Déclaration à adresser au Conseil Régional de Bourgogne Franche-Comté de l'Ordre des Médecins, par mail (crom.bfc@ordre.medecin.fr) ou par courrier (37 A avenue Françoise Giroud – 21 000 DIJON)