



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 : OSTIAK

Prénom : Liliane

**1. ACTIVITES PROFESSIONNELLES**

**1.1. Activité principale exercée actuellement**

☐ Activité libérale :

o ☒ En cabinet

o ☒ Dans un établissement de santé (à préciser)

Calypso du Lac d'Arbois

☐ Activité salariée :

o ☐ Etablissement hospitalier (à préciser)

.....

o ☐ Etablissement privé (à préciser)

.....

☐ Retraité actif

☐ Retraité total depuis le (date) : .....

**2. MANDATS ORDINAUX**

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

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.

- ☒ Elu(e) au Conseil Départemental de Cote d'Or de  
l'Ordre des Médecins depuis le : mars 2021
- ☐ 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 .....
- ☒ Assesseur à la Chambre Disciplinaire de Première Instance depuis le 25/06/2025
- ☐ Assesseur à la Section des Assurances Sociales Nationale depuis le .....
- ☐ Assesseur à la Section des Assurances Sociales de Première Instance depuis le .....
- ☐ Membre ou conseil d'une instance collégiale, d'une commission, d'un comité ou d'un groupe de travail au sein de l'institution ordinaire (départementale, régionale et nationale) :

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

A graph of a linear function on a coordinate plane. The line passes through the points (0, -2) and (2, 0). The equation of the line is  $y = x - 2$ .

## 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) |
|------------------------------------------|------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|------------------|
|                                          |                  | <input type="checkbox"/> Aucune<br><input type="checkbox"/> Au déclarant<br><input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié(e) (précisez) :<br>..... |                    |                  |
|                                          |                  | <input type="checkbox"/> Aucune<br><input type="checkbox"/> Au déclarant<br><input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié(e) (précisez) :<br>..... |                    |                  |
|                                          |                  | <input type="checkbox"/> Aucune<br><input type="checkbox"/> Au déclarant<br><input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié(e) (précisez) :<br>..... |                    |                  |

☒ 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 DISPOSEZ 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), OSIAK Liliane..... 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 Dijon..... Le : 11.07.2025.....

Signature obligatoire



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