

DÉCLARATION D'ABSENCE DE CONFLIT D'INTÉRÊTS

Date de la déclaration : 10 décembre 2012

Je soussigné(e) NOM : Docteur BOSCHER

Prénom : Claude

Profession : Médecin

Domaine d'expertise : Ophtalmologiste

N° ADELI ou Ordre des médecins : 75 1 70247 3

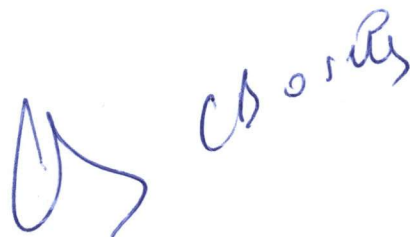
Lieu d'exercice : Paris

déclare n'avoir aucun conflit d'intérêts personnel et ne percevoir aucune rémunération par un laboratoire quelconque.

Je m'engage à signaler, tout changement de ma situation à cet égard et de réactualiser cette déclaration si le cas se présente.

Pour servir et valoir ce que de droit.

Signature

Handwritten signature in blue ink, consisting of a stylized initial 'C' followed by the name 'Boscher'.