

DECLARATION PUBLIQUE D'INTERETS (DPI)

En application de l'article L. 1451-1 du code de la santé publique, les personnes membres d'un comité de protection des personnes sont tenues, lors de leur prise de fonctions, d'établir une déclaration d'intérêts. Cette déclaration est remise au directeur général de l'agence régionale de santé de la région dans laquelle le comité a son siège. Son contenu est fixé par l'article R. 1451-2 du code de la santé publique.

Je soussigné(e).....A. Boulh.....

Reconnais avoir pris connaissance de l'obligation de déclarer tout lien d'intérêts direct ou par personne interposée avec les entreprises, établissements ou organismes dont les activités, les techniques et les produits entrent dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme au sein duquel j'exerce mes fonctions ou de l'instance collégiale, de la commission, du conseil, du groupe de travail, dont je suis membre ou invité à apporter mon expertise, ainsi qu'avec les sociétés ou organismes de conseil intervenant dans les mêmes secteurs.

Je renseigne cette déclaration en qualité :

☐ d'agent de [nom de l'institution] :.....

☐ de membre ou conseil d'une instance collégiale, d'une commission, d'un comité ou d'un groupe de travail (veuillez préciser) au sein de [nom de l'institution] :

.....Membre CPP - Est I.....

☐ de personne invitée à apporter mon expertise à :

.....

☐ autre : préciser.....

Je m'engage à actualiser ma DPI dès qu'une modification intervient concernant ces liens ou que de nouveaux liens sont noués, et au minimum annuellement même sans modification.

Il vous appartient, à réception de l'ordre du jour d'une réunion, de vérifier si les liens d'intérêt que vous avez déclarés ou qui pourraient apparaître de manière ponctuelle sont compatibles avec votre présence lors de tout ou partie de cette réunion et d'en avertir l'interlocuteur désigné au sein de l'institution et, le cas échéant, le président de séance, si possible, avant sa tenue. En cas de conflits d'intérêts, votre présence est en effet susceptible d'entacher d'irrégularité les décisions prises ou les recommandations, références ou avis émis et d'entraîner l'annulation de la décision prise ou de celle qu'aura pu prendre l'administration au vu de cette délibération.

Conformément aux dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant. Vous pouvez exercer ce droit en envoyant un mél à l'adresse suivante : ARS-BFC-DSP-DIRECTION@ars.sante.fr

Le présent formulaire sera publié sur le site de l'agence régionale de santé de Bourgogne Franche Comté.

1. Votre activité principale

1.1. Votre activité principale exercée actuellement

☐ Activité libérale

ACTIVITÉ	LIEU D'EXERCICE	DÉBUT (mois/année)	FIN (mois/année)

☐ Autre (activité bénévole, retraité...)

ACTIVITÉ	LIEU D'EXERCICE	DÉBUT (mois/année)	FIN (mois/année)

☐ Activité salariée

Remplir le tableau ci-dessous.

EMPLOYEUR PRINCIPAL	ADRESSE DE L'EMPLOYEUR	FONCTION OCCUPÉE dans l'organisme	DÉBUT (mois/année)	FIN (mois/année)
CUV D. 1 ^{er} on	14 n ba / 21000 / D. 1 ^{er} on	PU - PU	Sept 2019	en cours

1.2. Vos activités exercées à titre principal au cours des cinq dernières années

A ne remplir que si différentes de celles remplies dans la rubrique 1.1.

☐ Activité libérale

ACTIVITÉ	LIEU D'EXERCICE	DÉBUT (mois/année)	FIN (mois/année)

o Autre (activité bénévole, retraité...)

ACTIVITÉ	LIEU D'EXERCICE	DÉBUT (mois/année)	FIN (mois/année)

π Activité salariée

Remplir le tableau ci-dessous.

EMPLOYEUR PRINCIPAL	ADRESSE DE L'EMPLOYEUR	FONCTION OCCUPÉE dans l'organisme	DÉBUT (mois/année)	FIN (mois/année)

2. Vos activités exercées à titre secondaire

2.1. Vous participez ou vous avez participé à une instance décisionnelle d'un organisme public ou privé dont l'activité, les techniques ou produits entrent dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme ou de l'instance collégiale objet de la déclaration

Sont notamment concernés les établissements de santé, les entreprises et les organismes de conseil, les organismes professionnels (sociétés savantes, réseaux de santé, CNPS), les associations de patients.

☒ Je n'ai pas de lien d'intérêt à déclarer dans cette rubrique.

Actuellement ou au cours des cinq années précédentes :

ORGANISME (société, établissement, association)	FONCTION OCCUPÉE dans l'organisme	RÉMUNÉRATION (montant à porter au tableau A.1)	DÉBUT (mois/année)	FIN (mois/année)

		π Aucune π Au déclarant π A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)		
		π Aucune π Au déclarant π A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)		
		π Aucune π Au déclarant π A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)		

2.2. Vous exercez ou vous avez exercé une activité de consultant, de conseil ou d'expertise auprès d'un organisme entrant dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme ou de l'instance collégiale objet de la déclaration

Il peut s'agir notamment d'une activité de conseil ou de représentation, de la participation à un groupe de travail, d'une activité d'audit, de la rédaction d'articles ou de rapports d'expertise.

☒ Je n'ai pas de lien d'intérêt à déclarer dans cette rubrique.

Actuellement et au cours des cinq années précédentes :

ORGANISME (société, établissement, association)	FONCTION OCCUPÉE dans l'organisme	RÉMUNÉRATION (montant à porter au tableau A.2)	DÉBUT (mois/année)	FIN (mois/année)
		π Aucune π Au déclarant π A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)		
		π Aucune π Au déclarant π A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)		
		π Aucune π Au déclarant π A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)		
		π Aucune π Au déclarant π A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)		

2.3. Vous participez ou vous avez participé à des travaux scientifiques et études pour des organismes publics et/ou privés entrant dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme ou de l'instance collégiale objet de la déclaration

Doivent être mentionnées les participations à des travaux scientifiques, notamment la réalisation d'essais ou d'études cliniques ou précliniques, d'études épidémiologiques, d'études médico-économiques, d'études observationnelles sur les pratiques et prescriptions, etc.

X Je n'ai pas de lien d'intérêt à déclarer dans cette rubrique.

Actuellement et au cours des cinq années précédentes :

ORGANISME (société, établissement, association)	DOMAINE et type de travaux	NOM du produit de santé ou du sujet traité	SI ESSAIS OU ÉTUDES cliniques ou précliniques préciser	RÉMUNÉRATION (montant à porter au tableau A.3)	DÉBUT (mois/année)	FIN (mois/année)
			Type d'étude : πEtude mono centrique πEtude multicentrique Votre rôle : πInvestigateur principal πInvestigateur coordonnateur πExpérimentateur principal πCo-investigateur πExpérimentateur non principal	πAucune πAu déclarant πA un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)		
			Type d'étude : πEtude mono centrique πEtude multicentrique Votre rôle : πInvestigateur principal πInvestigateur coordonnateur πExpérimentateur principal πCo-investigateur πExpérimentateur non principal	πAucune πAu déclarant πA un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)		
			Type d'étude : πEtude mono centrique πEtude multicentrique Votre rôle : πInvestigateur principal πInvestigateur coordonnateur	πAucune πAu déclarant πA un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)		

			<input type="checkbox"/> Expérimentateur principal <input type="checkbox"/> Co-investigateur <input type="checkbox"/> Expérimentateur non principal			
			Type d'étude : <input type="checkbox"/> Etude mono centrique <input type="checkbox"/> Etude multicentrique Votre rôle : <input type="checkbox"/> Investigateur principal <input type="checkbox"/> Investigateur coordonnateur <input type="checkbox"/> Expérimentateur principal <input type="checkbox"/> Co-investigateur <input type="checkbox"/> Expérimentateur non principal	<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)		

2.4. Vous avez rédigé un article, intervenez ou êtes intervenu dans des congrès, conférences, colloques, réunions publiques diverses ou formations organisés ou soutenus financièrement par des entreprises ou organismes privés entrant dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme ou de l'instance collégiale, objet de la déclaration

o Je n'ai pas de lien d'intérêt à déclarer dans cette rubrique.

Actuellement et au cours des cinq années précédentes :

ENTREPRISE OU organisme invitant (société, association)	LIEU ET INTITULÉ de la réunion	SUJET de l'intervention, le nom du produit visé	PRISE EN CHARGE des frais de déplacement	RÉMUNÉRATION (montant à porter au tableau A. 4)	DÉBUT (mois/année)	FIN (mois/année)
Net Cancer	Dijon Epiprism du Pharmacien	Pharmacien en Oncologie	<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Aucune <input checked="" type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)	25/06/21	
Sanofi	Dijon Parlons de soins patients post SCA	Conseil Hépatite et asthme avec le pharmacien	<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Aucune <input checked="" type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)	1/4/21	
			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant <input type="checkbox"/> A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)		
			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Au déclarant		

				o A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)		
--	--	--	--	--	--	--

2.5. Vous êtes inventeur et/ou détenteur d'un brevet ou d'un produit, procédé ou toute autre forme de propriété intellectuelle non brevetée en relation avec le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme ou de l'instance collégiale objet de la déclaration

☒ Je n'ai pas de lien d'intérêt à déclarer dans cette rubrique.

NATURE DE L'ACTIVITÉ et nom du brevet, produit...	STRUCTURE QUI MET à disposition le brevet, produit...	PERCEPTION d'intéressement	RÉMUNÉRATION (montant à porter au tableau A. 5)	DÉBUT (mois/année)	FIN (mois/année)
		o Oui o Non	o Aucune o Au déclarant o A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)		
		o Oui o Non	o Aucune o Au déclarant o A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)		
		o Oui o Non	o Aucune o Au déclarant o A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)		
		o Oui o Non	o Aucune o Au déclarant o A un organisme dont vous êtes membre ou salarié (préciser)		

3. Activités que vous dirigez ou avez dirigées et qui ont bénéficié d'un financement par un organisme à but lucratif dont l'objet social entre dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme objet de la déclaration

Le type de versement peut prendre la forme de subventions ou contrats pour études ou recherches, bourses ou parrainage, versements en nature ou numéraires, matériels, taxes d'apprentissage...

Sont notamment concernés les présidents, trésoriers et membres des bureaux et conseils d'administration.

☒ Je n'ai pas de lien d'intérêt à déclarer dans cette rubrique.

Actuellement et au cours des cinq années précédentes :

STRUCTURE ET ACTIVITÉ bénéficiaires du financement	ORGANISME À BUT lucratif financeur (*)	DÉBUT (mois/année)	FIN (mois/année)

(*) Le pourcentage du montant des financements par rapport au budget de fonctionnement de la structure et le montant versé par le financeur sont à porter au tableau B.1.

4. Participations financières dans le capital d'une société dont l'objet social entre dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme objet de la déclaration

☒ Je n'ai pas de lien d'intérêt à déclarer dans cette rubrique.

5. Proches parents salariés et/ou possédant des intérêts financiers dans toute structure dont l'objet social entre dans le champ de compétence, en matière de santé publique et de sécurité sanitaire, de l'organisme objet de la déclaration

Les personnes concernées sont :

- le conjoint (époux [se], ou concubin[e], ou pacsé[e]), parents (père et mère) et enfants de ce dernier ;
- les enfants ;
- les parents (père et mère).

Cette rubrique doit être renseignée si le déclarant a connaissance des activités de ses proches parents.

☒ Je n'ai pas de lien d'intérêt à déclarer dans cette rubrique.

Actuellement ou, si les activités sont connues, au cours des cinq années précédentes :

	ORGANISMES CONCERNÉS
Proche(s) parent(s) ayant un lien avec les organismes suivants (Le lien de parenté est à indiquer au tableau D.1)	

6. Autres liens d'intérêt que vous considérez devoir porter à la connaissance de l'organisme objet de la déclaration

Si besoin, au vu des précisions apportées par l'organisme au présent document type.

L Je n'ai pas de lien d'intérêt à déclarer dans cette rubrique.

Actuellement, au cours des cinq années précédentes :

ÉLÉMENT OU FAIT CONCERNÉ	COMMENTAIRES (le montant des sommes perçues est à porter au tableau E.1)	ANNÉE de début	ANNÉE de fin

7. Si vous n'avez renseigné aucun item après le 1, cochez la case : et signez en dernière page

Article L. 1454-2 du code de la santé publique :

" Est puni de 30 000 euros d'amende le fait pour les personnes mentionnées aux I et II de l'article L. 1451-1 et à l'article L. 1452-3 d'omettre, sciemment, dans les conditions fixées par ce même article, d'établir ou de modifier une déclaration d'intérêts afin d'actualiser les données qui y figurent ou de fournir une information mensongère qui porte atteinte à la sincérité de la déclaration. "

8. Tableaux des mentions non rendues publiques

Tableau A.1.

ORGANISME	MONTANT PERÇU

Tableau A.2.

ORGANISME	MONTANT PERÇU

Tableau A.3.

ORGANISME	MONTANT PERÇU

Tableau A.4.

ENTREPRISE OU ORGANISME	MONTANT PERÇU
Net Cancer	400 €
Sans fi	800 €

Tableau A.5.

STRUCTURE	MONTANT PERÇU

Tableau B.1.

ORGANISME	POURCENTAGE DU MONTANT
-----------	------------------------

	des financements par rapport au budget de fonctionnement de la structure et montant versé par le financeur

Tableau C.1.

STRUCTURE	POURCENTAGE de l'investissement dans le capital de la structure et montant détenu

Tableau D.1.

	SALARIAT	ACTIONNARIA T			
Organism e	Fonction et position dans la structure (indiquer, le cas échéant, s'il s'agit d'un poste à responsabilité)	Montant si $\geq 5\,000$ euros ou 5 % du capital	Lien de parent é	Début (mois/année)	Fin (mois/année)

Tableau E.1.

ÉLÉMENT OU FAIT CONCERNÉ	PRÉCISEZ le cas échéant les sommes perçues

Fait à

Dijon

Le

30.10.2021

Signature

(mention non rendue publique)

30.10.2021

Les informations recueillies seront informatisées et votre déclaration (à l'exception des informations relatives aux montants déclarés et à l'identité des proches) sera publiée sur le site internet de l'agence régionale de santé de Bourgogne Franche Comté. L'agence régionale de santé de Bourgogne Franche Comté est responsable du traitement ayant pour finalité la prévention des conflits d'intérêts en confrontant les liens déclarés aux objectifs de la mission envisagée au sein du comité de protection des personnes « Est II ».

Conformément aux dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant. Vous pouvez exercer ce droit en envoyant un mél à l'adresse suivante : ARS-BFC-DSP-DIRECTION@ars.sante.fr.

BOULIN MATHIEU	Pharmacien	<u>CELGENE</u>	02/02/2016	HEBERGEMENT	150 €	Détail
BOULIN MATHIEU	Pharmacien	<u>CELGENE</u>	03/02/2016	HEBERGEMENT	150 €	Détail
BOULIN MATHIEU	Pharmacien	<u>CELGENE</u>	03/02/2016	INSCRIPTION	480 €	Détail
BOULIN MATHIEU	Pharmacien	<u>CELGENE</u>	04/02/2016	HEBERGEMENT	150 €	Détail
BOULIN MATHIEU	Pharmacien	<u>JANSSEN-CILAG</u>	16/02/2016	REPAS	31 €	Détail
BOULIN MATHIEU	Pharmacien	<u>ASTRAZENECA</u>	08/03/2016	Repas	43 €	Détail
BOULIN MATHIEU	Pharmacien	<u>NOVARTIS PHARMA SAS</u>	16/03/2016	HEBERGEMENT	522 €	Détail
BOULIN MATHIEU	Pharmacien	<u>NOVARTIS PHARMA SAS</u>	16/03/2016	TRANSPORT	363 €	Détail
BOULIN MATHIEU	Pharmacien	<u>ROCHE SAS</u>	24/03/2016	Repas	34 €	Détail
BOULIN MATHIEU	Pharmacien	<u>JANSSEN-CILAG</u>	08/04/2016	TRANSPORT	182 €	Détail
BOULIN MATHIEU	Pharmacien	<u>JANSSEN-CILAG</u>	23/06/2016	REPAS	43 €	Détail
BOULIN MATHIEU	Pharmacien	<u>ASTRAZENECA</u>	29/09/2016	Repas	43 €	Détail
BOULIN MATHIEU	Pharmacien	<u>CELGENE SAS</u>	30/09/2016	REPAS RELATION NORMALE DE TRAVAIL	37 €	Détail
BOULIN MATHIEU	Pharmacien	<u>JANSSEN-CILAG</u>	13/12/2016	REPAS	60 €	Détail
BOULIN MATHIEU	Pharmacien	<u>PEIZER SAS</u>	15/01/2017	Repas	21 €	Détail
BOULIN MATHIEU	Pharmacien	<u>Laboratoires Grünenthal SAS</u>	24/01/2017	REPAS	45 €	Détail
BOULIN MATHIEU	Pharmacien	<u>ASTRAZENECA</u>	22/02/2017	Repas	43 €	Détail
BOULIN MATHIEU	Pharmacien	<u>Laboratoires Grünenthal SAS</u>	08/04/2017	REPAS	69 €	Détail
BOULIN MATHIEU	Pharmacien	<u>ASTRAZENECA</u>	15/06/2017	Repas	57 €	Détail

Page 1



BOULIN MATHIEU	Pharmacien	CELGENE SAS	23/10/2017	REPAS	29 €	Détail
BOULIN MATHIEU	Pharmacien	AMGEN SAS	30/01/2018	Autre : [PAUSE]	15 €	Détail
BOULIN MATHIEU	Pharmacien	GILEAD SCIENCES	02/02/2018	REPAS	25 €	Détail
BOULIN MATHIEU	Pharmacien	JANSSEN-CILAG	05/03/2018	[REPAS]	25 €	Détail
BOULIN MATHIEU	Pharmacien	CELGENE SAS	19/03/2018	REPAS	39 €	Détail
BOULIN MATHIEU	Pharmacien	Laboratoires Grünenthal SAS	28/03/2018	REPAS	45 €	Détail
BOULIN MATHIEU	Pharmacien	Laboratoires Grünenthal SAS	28/03/2018	TRANSPORT	300 €	Détail
BOULIN MATHIEU	Pharmacien	JANSSEN-CILAG	20/06/2018	[REPAS]	28 €	Détail
BOULIN MATHIEU	Pharmacien	AMGEN SAS	29/06/2018	Autre : [PAUSE]	21 €	Détail
BOULIN MATHIEU	Pharmacien	AbbVie	06/07/2018	REPAS	17 €	Détail
BOULIN MATHIEU	Pharmacien	MSD France	24/08/2018	REPAS	17 €	Détail
Boulin Mathieu	Pharmacien	BRISTOL-MYERS SQUIBB	11/10/2018	Repas	12 €	Détail
Boulin Mathieu	Pharmacien	BRISTOL-MYERS SQUIBB	11/10/2018	Repas	60 €	Détail
BOULIN MATHIEU	Pharmacien	PFIZER SAS	16/10/2018	Repas	39 €	Détail
BOULIN MATHIEU	Pharmacien	AMGEN SAS	24/10/2018	TRANSPORT	297 €	Détail
BOULIN MATHIEU	Pharmacien	AMGEN SAS	24/10/2018	REPAS	48 €	Détail
BOULIN MATHIEU	Pharmacien	AMGEN SAS	24/10/2018	FRAIS D'INSCRIPTION	450 €	Détail
BOULIN MATHIEU	Pharmacien	AMGEN SAS	24/10/2018	HEBERGEMENT	137 €	Détail
BOULIN MATHIEU	Pharmacien	AMGEN SAS	25/10/2018	REPAS	38 €	Détail

MATHIEU	Pharmacien	JANSSEN-CILAG	17/12/2018	REPAS	43 €	Détail
BOULIN MATHIEU	Pharmacien	GILEAD SCIENCES	22/02/2019	REPAS	25 €	Détail
BOULIN MATHIEU	Pharmacien	JAZZ PHARMACEUTICALS FRANCE	01/03/2019	REPAS	13 €	Détail
BOULIN MATHIEU	Pharmacien	BRISTOL-MYERS SQUIBB	12/04/2019	REPAS	26 €	Détail
BOULIN MATHIEU	Pharmacien	PFIZER SAS	21/05/2019	Repas	32 €	Détail
BOULIN MATHIEU	Pharmacien	AMGEN SAS	28/06/2019	REPAS	19 €	Détail
BOULIN MATHIEU	Pharmacien	LEO Pharma	05/07/2019	REPAS	24 €	Détail
BOULIN MATHIEU	Pharmacien	BRISTOL-MYERS SQUIBB	23/10/2019	Repas	45 €	Détail
BOULIN MATHIEU	Pharmacien	PFIZER SAS	05/11/2019	Repas	60 €	Détail
BOULIN MATHIEU	Pharmacien	Lilly France SAS	15/12/2019	Autre: [REMBOURSEMENT FRAIS LOGISTIQUE]	24 €	Détail
BOULIN MATHIEU	Pharmacien	BRISTOL-MYERS SQUIBB	10/01/2020	Transport	359 €	Détail
BOULIN MATHIEU	Pharmacien	BRISTOL-MYERS SQUIBB	10/01/2020	Repas	60 €	Détail
BOULIN MATHIEU	Pharmacien	BRISTOL-MYERS SQUIBB	10/01/2020	Repas	11 €	Détail
BOULIN MATHIEU	Pharmacien	BRISTOL-MYERS SQUIBB	10/01/2020	Hébergement	172 €	Détail
BOULIN MATHIEU	Pharmacien	BRISTOL-MYERS SQUIBB	11/01/2020	Repas	54 €	Détail

Page 3

Résultats des déclarations par bénéficiaire

Afficher les Avantages

Afficher les Conventions

Afficher les Rémunérations

70 Avantage(s) correspondant à votre sélection

Bénéficiaire	Type de bénéficiaires	Entreprise	Date	Nature	Montant	
BOULIN MATHIEU	Pharmacien	BRISTOL-MYERS SQUIBB	11/01/2020	Repas	11 €	Détail
BOULIN MATHIEU	Pharmacien	PFIZER SAS	26/01/2020	Autre : Frais d'inscription Congrès	360 €	Détail
BOULIN MATHIEU	Pharmacien	PFIZER SAS	26/01/2020	Transport	123 €	Détail
BOULIN MATHIEU	Pharmacien	PFIZER SAS	26/01/2020	Hébergement	235 €	Détail
BOULIN MATHIEU	Pharmacien	SANOFI-AVENTIS FRANCE	26/06/2020	Repas	22 €	Détail
BOULIN MATHIEU	Pharmacien	ASTRAZENECA	16/07/2020	Repas	43 €	Détail
BOULIN MATHIEU	Pharmacien	BRISTOL-MYERS SQUIBB	21/09/2020	Repas	20 €	Détail
BOULIN MATHIEU	Pharmacien	PIERRE FABRE MEDICAMENT	05/10/2020	REPAS	29 €	Détail
BOULIN MATHIEU	Pharmacien	JANSSEN-CILAG	05/12/2020	INSCRIPTION	472 €	Détail
BOULIN MATHIEU	Pharmacien	LES LABORATOIRES SERVIER	09/06/2021	Autre : Inscription	149 €	Détail

◀ ◀ 1 2 3 4 ▶ ▶

Page 4