



ORDRE NATIONAL  
DES CHIRURGIENS-DENTISTES

## DECLARATION DE LIENS D'INTERETS

---

### Principes fondamentaux :

En application des dispositions du code de la santé publique relatives au fonctionnement des conseils départementaux et régionaux et du conseil national, les conseillers ordinaires appelés à siéger doivent respecter les principes fondamentaux d'indépendance et d'impartialité lors de la prise de décisions par le conseil de l'ordre auxquels ils appartiennent. Ces principes fondamentaux s'imposent de façon générale à toute personne dépositaire de l'autorité publique, et notamment les personnes chargées d'une mission de service public.

Afin de garantir le respect de ces principes fondamentaux, la participation à toute délibération dans laquelle l'élu pourrait notamment avoir, directement ou indirectement, un intérêt quelconque susceptible d'orienter l'issue des débats de façon subjective est à éviter.

### Notion d'intérêts :

L'intérêt dont il est question peut être personnel, ou bénéficier à la famille, aux proches, aux relations personnelles ou professionnelles de l'intéressé.

Il est donc nécessaire d'organiser toute situation pouvant conduire à un quelconque conflit d'intérêts pour l'élu concerné, pour l'instance habilitée à prendre la décision, et pour la personne concernée par la décision à prendre.

C'est la raison pour laquelle, outre les dispositions du code de la santé publique prévoyant des incompatibilités de fonctions au sein des différents conseils et chambres disciplinaires de l'ordre, il est nécessaire de connaître les intérêts que chaque élu pourrait avoir en dehors des instances ordinaires.

### Déclaration d'intérêts :

Pour toutes les raisons évoquées précédemment, chaque élu ordinaire devra informer l'instance ordinaire à laquelle il appartient les différents liens, directs ou indirects, qu'il serait amené à avoir avec un organisme ou une entreprise ayant un intérêt avec la profession.

Cette déclaration, qui n'a pas pour objectif ni de stigmatiser, ni de discriminer son auteur, est un document d'information, qui engage la responsabilité de son auteur et participe au bon fonctionnement du conseil concerné.

Elle se doit donc d'être sincère et exhaustive.

Elle devra être actualisée dès qu'une modification intervient dans son contenu, et en tous les cas à chaque renouvellement éventuel de mandat.

Sous réserve des dispositions relatives à la protection de la vie privée, la déclaration d'intérêts est rendue publique.



ORDRE NATIONAL  
DES CHIRURGIENS-DENTISTES

ANNEXE

Je soussigné(e) SZPAU Peggy.....

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 entrent dans le champ de compétence du conseil ou de la chambre disciplinaire dont je suis membre.

Je renseigne cette déclaration en qualité de membre du conseil

départemental : Pas de Calais.....

régional .....

national

---

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 par courrier électronique à l'adresse suivante : [deontologie@inpes.sante.fr](mailto:deontologie@inpes.sante.fr)

Le présent formulaire sera publié sur le site du conseil national de l'ordre.



ORDRE NATIONAL  
DES CHIRURGIENS-DENTISTES

## 1. Votre activité professionnelle

### 1.1. Votre activité professionnelle exercée actuellement

**Activité libérale**

Activité	Lieu d'exercice	Début (mois/année)	Fin (mois/année)
SEARL du Dr SZPAC et associés	Herdymont Les Bellures	01/2003	/

**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)
CH Bellune / Beuvry	CH. Bellune Beuvry.	Contrat de participation au service public.	2006.	/



ORDRE NATIONAL  
DES CHIRURGIENS-DENTISTES

1.2. Vos activités professionnelles exercées au cours des 5 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)

**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)



ORDRE NATIONAL  
DES CHIRURGIENS-DENTISTES

## 2. Vos autres fonctions

---

### 2.1. Mandats ordinaires (préciser la nature et la durée du mandat)

#### 2.1.1 Conseil national

- membre depuis 2021*  
- *Présidente commission vigilance et thérapeutique depuis juin 2024.*  
- *membre des Commission: essence deontologie, Europe, contrôle des comptes, publications*  
- *membre du pôle "patients et soins spécifiques".*

#### 2.1.2 Conseil régional

*ex membre du conseil régional (13.06.2019 - 14/08/21)*

#### 2.1.3 Conseil départemental

*Membre du CDO 62 depuis 2013.*

#### 2.1.4 Chambre disciplinaire de première instance

#### 2.1.5 Section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance

*~~Suppléante SAS depuis le 24.06.21.~~*

#### 2.1.6 Chambre disciplinaire nationale

- *Suppléante en CDN du 24.06.2021 au 18.09.2024.*  
- *Titulaire en CDN du 19.09.2024.*

#### 2.1.7 Section des assurances sociales du conseil national

*Suppléante en SAS depuis le 24.06.2021*

### 2.2. Autres fonctions électives (préciser la nature et la durée des mandats, ainsi que le nom de la ou des institutions ou organisations)



ORDRE NATIONAL  
DES CHIRURGIENS-DENTISTES

2.3. Autres fonctions électives ou non électives (préciser la nature et la durée de la ou des fonctions, ainsi que le nom de la ou des structures dans lesquelles elles sont exercées)

2.4. Intéressement dans des sociétés ou autres institutions entrant dans le champ de compétence et/ou prestataires de service de l'ordre (préciser la nature de l'intéressement pour chaque société ou institution)

**3. Autres liens d'intérêts que vous considérez devoir être portés à la connaissance de l'organisme objet de la déclaration**

---

Actuellement, au cours des 5 années précédentes :

Elément ou fait concerné	Commentaires	Année de début	Année de fin



ORDRE NATIONAL  
DES CHIRURGIENS-DENTISTES


**4. Parents ou proches, salariés et/ou possédant des intérêts financiers dans toute structure dont l'objet social entre dans le champ de compétence 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 et leurs conjoints
- les parents (père et mère)
- les associés des structures d'exercice

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

	<b>Salariat</b>	<b>Actionnariat</b>			
Organisme	Fonction et position dans la structure (indiquer, le cas échéant, s'il s'agit d'un poste à responsabilité)		Lien de parenté	Début (mois/année)	Fin (mois/année)



ORDRE NATIONAL  
DES CHIRURGIENS-DENTISTES


**Je certifie que les renseignements indiqués dans la déclaration ci-dessous sont exacts.**

**Je m'engage à actualiser ma déclaration dès qu'une modification intervient concernant ces liens ou que de nouveaux liens sont noués, et au minimum en cas de renouvellement de mon mandat au sein de l'institution.**

J'ai conscience qu'il m'appartient, à réception de l'ordre de jour d'une réunion, de vérifier si les liens d'intérêt que j'ai déclarés ou qui pourraient apparaître de manière ponctuelle sont compatibles avec ma participation à 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, ma participation à la délibération est en effet susceptible d'entacher d'irrégularité les décisions prises et d'en entraîner l'annulation.

J'ai pris connaissance du fait que cette déclaration sera rendue publique, à l'exception des informations concernant mes parents et mes proches.

Fait à Pari

Le 20.09.2024



*Signature obligatoire*  
(mention non rendue publique)