

## Déclaration d'intérêts

### Renseignements personnels

Nom : GRANDEMANGE

Prénom : Paul

En qualité de : Directeur médical

Courrier professionnel : paul.grandemange@fizimed.com

### INTERET A DECLARER

Fonction de direction au sein de Fizimed

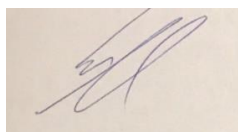
### Signature

Je soussigné Paul Grandemange, certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis.

Fait à Strasbourg

Le 20 avril 2022

Signature :

A rectangular box containing a handwritten signature in blue ink on a light-colored background. The signature is stylized and appears to be 'P. Grandemange'.