

CĂTRE COLEGIUL MEDICILOR DIN ROMÂNIA

București, str. Pictor Alexandru Romano, nr. 14, sector 2, cod poștal 023965



Subsemnata / Subsemnatul LAZĂR AUREL,  
în calitate de medic specialist / primar în specialitatea MEDICINĂ DE FAMILIE  
CUIM 2791466936, titular al CMI Dr. LAZĂR AUREL  
situat în localitatea RĂDEȘTI, jud. ALBA str. \_\_\_\_\_,  
nr. 186, jud. Alba, în conformitate cu dispozițiile art. 12 din OMS nr. 1322/2006 privind  
aprobarea normelor de stabilire a criteriilor și metodologiei de preluare a activității unui  
praxis existent, prin prezenta vă notific **intenția de cesionare a praxisului** medical menționat  
mai sus. Detalii la nr. de tel. 0722/211615.

Localitatea, data

RĂDEȘTI, 14.06.2021

Semnătura și parafa

**DR. AUREL LAZĂR**  
medic primar mg  
001567