

Cerere Cesionare Praxis

Domnule Președinte al CMR/ Colegiului. *TIMIȘ*

Subsemnatul (nume, prenume) *STOIAN SAVA* cu CNP *1570205111189* titular al cabinetului de medicină de familie din cadrul CMI/SRL *DR. STOIAN SAVA* cu sediul în *SARAJALU NR. 118* în conformitate cu

OUG 68/2008

OMS 1322/2006,

vă notific intenția de vânzare/cesionare/donație a praxisului *CMI DR. STOIAN SAVA*

Vă aduc la cunoștință următoarele:

- 1) Titularul/titularii dreptului de preempțiune este/sunt:.....
SC. MOCANIFARM SRL, SARAJALU NR. 118
DR. BORCO STOIAN SRL, SARAJALU NR. 118
- 2) Adresa și numărul de telefon al titularului/ titularilor dreptului de preempțiune este/sunt:
SC. MOCANIFARM SRL - TEL: 0726174712
DR. BORCO STOIAN SRL - TEL: 0735488671
- 3) Prețul de vânzare al cabinetului este... *50.000 LE!*.....
- 4) Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența este *20C... SARAJALU... NR. 252... JUDE. TIMIȘ*.....
- 5) Numărul de telefon. *0766880886*.....

Având în vedere cele menționate vă solicit eliberarea averedinței necesare vânzării/cesionării praxisului.

Data: *18.02.2022*

Semnătura:



Președintelui Colegiului Medicilor din România/ Președintelui Colegiului Medicilor Teritorial