

Cerere Cesionare Praxis



Domnule Președinte al CMR/ Colegiului.....

Subsemnatul (nume, prenume) *Hingamii Alci*.....cu CNP *2470311078300* titular al cabinetului de medicină de familie din cadrul CMI/SRL *5C Progres Sănătate* cu sediul în *București*.....în confromitate cu

OUG 68/2008

OMS 1322/2006,

vă notific intenția de vânzare/cesionare/donație a praxisului *Apartment 4 parter...suprafata 74,30 metri 22,903 Euro. ap 5, etaj. 1) 16 cabine, grup sanitare 3/ suprafata 375,32*

Vă aduc la cunoștință următoarele:

- 1) Titularul/titularii dreptului de preempțiune este/sunt:..... *Prut 687400 Euro*
1. Consiliu local București
2. Farmed - Societate Comercială
3. Farmar Măia
- 2) Adresa și numărul de telefon al titularului/ titularilor dreptului de preempțiune este/sunt: *Calea Națională Nr 70. Tel 0231550112.*
2. Str. Nicolae Torga Nr 19A
3. Str. Nicolae Torga București 0740494546 Str. Cuța Vocea Nr 2. Sel. Ap 8. Botoșani
- 3) Prețul de vânzare al cabinetului este..... *Calea Națională Nr 748 - oros București*
- 4) Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența este.....
- 5) Numărul de telefon..... *0231/550107 Mobil 0766194196*

Având în vedere cele menționate vă solicit eliberearea avederinței necesare vânzării/cesionării praxisului.

Data: *27.01.2022*

Semnătura: