

Cerere Cesionare Praxis



Domnule Președinte al CMR/ Colegiului..... **MEDICILOR ROMÂNIA**

Subsemnatul (nume, prenume)..... **Dr. Felecan Ileana** cu CNP..... **2120721400616** titular al

cabinetului de medicină de familie din cadrul CMI/SRL/..... **Dr. Felecan Ileana** cu sediul

în..... **AVNIC 9-19 ket 2 Bucuresti** în confruntare cu

OUG 68/2008

OMS 1322/2006,

vă notific intenția de vânzare/cesionare/donație a praxisului

Vă aduc la cunoștință următoarele:

1) Titularul/titularii dreptului de preempțiune este/sunt:.....

2) Adresa și numărul de telefon al titularului/ titularilor dreptului de preempțiune este/sunt:

AVNIC 9-19 ket 2 Bucuresti

3) Prețul de vânzare al cabinetului este.....-

4) Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența este.....

felecan.ileana@yahoo.ro

5) Numărul de telefon..... **0723238956**

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

Data:

3.05.2022

Semnătura:

Președintelui Colegiului Medicilor din România/ Președintelui Colegiului Medicilor Teritorial