Cerere Cesionare Praxis

Domnule Președinte al CMR/ Colegiului………

Subsemnatul (nume, prenume)……………………cu CNP……………… titular al

cabinetului de medicină de familie din cadrul CMI/SRL/………………..cu sediul

în……………………în confromitate 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:………………………

………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………

1. Adresa și numărul de telefon al titularului/ titularilor dreptului de preempțiune este/sunt:

…………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………….

1. Prețul de vânzare al cabinetului este……………………
2. Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența este…………………………………………………………………………
3. Numărul de telefon………………………….

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

Data: Semnătura:

Președintelui Colegiului Medicilor din România/ Președintelui Colegiului Medicilor Teritorial