



Cerere Cesionare Praxis

Domnule Președinte al CMR/ Colegiului Medicilor din Judetul Mures

Subsemnatul (nume, prenume) DR. COVRIG MARIANA..... cu  
CNP ..... titular al cabinetului de medicină de familie din cadrul  
CMI DR. COVRIG MARIANA... cu sediul în TR. MUREȘ, STR. VIITORULUI 57, județ  
Mureș în conformitate cu

**OUG 68/2008**

**OMS 1322/2006**,

vă notific intenția de vânzare/cesionare/donație a praxisului CMI DR. COVRIG MARIANA

Vă aduc la cunoștință următoarele:

- 1) Titularul/titularii dreptului de preempțiune, conform art. 11 lit. f din Ordinul 1322/2006 -  
.....  
.....
- 2) Adresa și numărul de telefon al titularului/ titularilor dreptului de preempțiune este/sunt: -  
.....  
.....
- 3) Prețul de vânzare al cabinetului este -
- 4) Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența este
- 5) Numărul de telefon 0745303082

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

Data: 12.07......2022

Semnătura:

Președintelui Colegiului Medicilor din România/ Președintelui Colegiului Medicilor Teritorial 1471