

Cerere Cesionare Praxis

Domnule Președinte al CMR/ Colegiului.....BRAHOVA

Subsemnatul (nume, prenume) STOICA DOINA cu CNP..... titular al cabinetului de medicină de familie din cadrul CMI/SRL/..... cu sediul în..... în conformitate cu

OUG 68/2008

OMS 1322/2006,

vă notific intenția de vânzare/cesionare/donație a praxisului CMR DR. STOICA DOINA

Vă aduc la cunoștință următoarele:

- 1) Titularul/titularii dreptului de preempțiune este/sunt: DR SERBULEA NICOLETA  
Com. IORDACHEANU - SAT IORDACHEANU - FA.
- 2) Adresa și numărul de telefon al titularului/ titularilor dreptului de preempțiune este/sunt:  
Com. IORDACHEANU - SAT IORDACHEANU - FA.  
Tel: 0740659416
- 3) Prețul de vânzare al cabinetului este.....
- 4) Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența este... novavdr6@gmail.com
- 5) Numărul de telefon..... 0742130744

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

Data:

30. VI 2022

Semnătura:

Președintelui Colegiului Medicilor din România/ Președintelui Colegiului Medicilor Teritorial