



Cerere Cesionare Praxis

Domnule Președinte al CMR/ Colegiului..... BRASOV

Subsemnatul (nume, prenume)..... KOVACS ATTILA..... cu CNP..... titular al cabinetului de medicină de familie din cadrul CMI/SRL/..... DR KOVACS ATTILA..... cu sediul în..... CRĂCIUN, PRINCIPALA nr.4..... în conformitate cu

OG 68/2008

OMS 1322/2006,

vă notific intenția de vânzare/cesionare/donație a praxisului CME DR KOVACS ATTILA

Vă aduc la cunoștință următoarele:

- 1) Titularul/titularii dreptului de preempțiune este/sunt:.....
..... DR. KOVACS ATTILA.....
- 2) Adresa și numărul de telefon al titularului/ titularilor dreptului de preempțiune este/sunt:
..... BRASOV, Str. Cadruul Cosmii noi nr 14 bl. 404A ap 6.....
..... Tel. 0721 229432.....
- 3) Prețul de vânzare al cabinetului este..... 10.000 euro.....
- 4) Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența este... Email: CME DR KOVACS ATTILA @ GMAIL. COM.....
- 5) Numărul de telefon... 0721 229432.....

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

Data: 05.07.2022

Semnătura:

Președintelui Colegiului Medicilor din România/ Președintelui Colegiului Medicilor Teritorial