



Cerere Cesionare Praxis

Domnule Președinte al CMR/ Colegiului..... NATIONAL AL MEDICILOR

Subsemnatul (nume, prenume) CAMAREA NICOLINA cu CNP:..... titular al cabinetului de medicină de familie din cadrul CMI/SRE/..... CAMAREA NICOLINA cu sediul în GURA HUMOR..... în conformitate cu

OUG 68/2008

OMS 1322/2006,

vă notific intenția de vânzare/cesionare/donație a praxisului CMI SR. CAMAREA NICOLINA

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:.....

3) Prețul de vânzare al cabinetului este... 10.000€

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

5) Numărul de telefon... 0741 302931..... Bdul BUCOVINA NR 17 GURA HUMORULUI - SUCEAVA

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

Data: 10 aug 2022

Semnătura: