



Cerere Cesionare Praxis

Domnule Președinte al CMR/ Colegiului Medicilor din Romania

Subsemnatul **Dr. Hoadrea Florin** cu CNP _____ titular al
cabinetului de medicină de familie din cadrul CMI dr. HOAÐREA Florin cu sediul
în **CRISTIAN STR IV 15, JUD Sibiu** în conformitate cu
OUG 68/2008
OMS 1322/2006,

vă notific intenția de **vânzare/cesionare/donație** a praxisului **CMI DR HOADREA FLORIN**.

Vă aduc la cunoștință următoarele:

- 1) Titularul/titularii dreptului de preempțiune este/sunt:.....
.....eu, dr. Hoadrea Florin.....
- 2) Adresa și numărul de telefon al titularului/ titularilor dreptului de preempțiune este/sunt:
.....Sibiu, Str Calea Dumbravii nr 116.....
.....tel 0758 241 242
- 3) Prețul de vânzare al cabinetului este...7000EURO.....
- 4) Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența este.....SIBIU, CALEA DUMBRAVII NR 116.....
- 5) Numărul de telefon...0758 241 242 / 0751 057 220

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

Data 01.08.2022

Semnătura:

Președintelui Colegiului Medicilor din România/ Președintelui Colegiului Medicilor Teritorial