



COLEGIUL MEDICILOR BRAȘOV
Secretariat
C.F. 9770925
P-ta Sfatului 27

Cerere Cesionare Praxis

1118 / 11 08 2022

Domnule Președinte al CMR/ Colegiului.....

Subsemnatul (nume, prenume) *MAGUREANU TUDOR ALEXANDRU* cu CNP titular al

cabinetului de medicină de familie din cadrul CMI/SRL *1915717141E* cu sediul

în *Mucadea* în conformitate cu

JW PARTICIPATA 552
OUG 68/2008

OMS 1322/2006,

vă notific intenția de vânzare/cesionare/donație a praxisului *donație praxis*

Vă aduc la cunoștință următoarele:

1) Titularul/titularii dreptului de preempțiune este/sunt *MAGUREANU TUDOR ALEXANDRU*

2) Adresa și numărul de telefon al titularului/ titularilor dreptului de preempțiune este/sunt:

023151428 BUCSILA JW PARTICIPATA 552

3) Prețul de vânzare al cabinetului este *donație*

4) Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența este *BUCSILA JW PARTICIPATA 552*

5) Numărul de telefon *0268/578151* / *023151428*

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

Data: *02 VII 2022*

Semnătura: _____

Președintelui Colegiului Medicilor din România/ Președintelui Colegiului Medicilor Teritorial