



Cerere Cesionare Praxis

Domnule Președinte al CMR/ Colegiului..... *31/3/22*

Subsemnatul (nume, prenume)..... *PETRU LUCIA MARINA* .....cu CNP: ..... titular al  
cabinetului de medicină de familie din cadrul CMI/SRL *DR. PETRU LUCIA MARINA SENISA* cu sediul  
în *TALMACIU* ..... în conformitate cu

OUG 68/2008

OMS 1322/2006,

vă notific întenia de vânzare cesionare/donatie a praxisului .....

Vă aduc la cunoștință următoarele:

- 1) Titularul/titularii dreptului de preempțiune este/sunt:.....  
*Tascu Cristina Profelica*
- 2) Adresa numărul de telefon al titularului/ titularilor dreptului de preempțiune este/sunt:  
*- Str. Șt. Lăucea nr 27, Sibiu  
Tel. 0745629422*
- 3) Prețul de vânzare al cabinetului este *10.000 euro*.....
- 4) Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența este *Str. Clujului nr 3 sc E Ap 15 Sibiu Jud Sibiu*
- 5) Numărul de telefon *0728097260*.....

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

Data: *9.02.2022*

Semnătura: .....