



Cerere Cesionare Praxis

Domnule Președinte al CMR/ Colegiului.....

Subsemnatul (nume, prenume) POSTOLACHE IABELIUA cu CNP titular al cabinetului de medicină de familie din cadrul CMI/SRL/ SARA OCTOPIETA cu sediul în Sos Pantelimonu 292 sect 2 Bucuresti în conformitate cu

OUG 68/2008
OMS 1322/2006,

vă notific intenția de vânzare/cesionare/donație a praxisului

Vă aduc la cunoștință următoarele:

- 1) Titularul/titularii dreptului de preempțiune este/sunt:.....
regi anexa
- 2) Adresa și numărul de telefon al titularului/ titularilor dreptului de preempțiune este/sunt:
regi anexa
- 3) Prețul de vânzare al cabinetului este... 12.500 Euro
- 4) Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența este... BUCUREȘTI - SECT 6 Str. DR. TABERER Nr 35 A Bl. 803
- 5) Numărul de telefon... 0745044479 se 1 et 5 Ap 24

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

Data:
03.08.2022

.....
Semnătura:

Președintelui Colegiului Medicilor din România/ Președintelui Colegiului Medicilor Teritorial