

## Cerere Cesionare Praxis

Domnule Președinte al CMR/ Colegiului Medicilor din Judetul Mures

Subsemnatul (nume, prenume) DR. BOȚTE ANNA ..... cu  
 CNP ..... titular al cabinetului de medicină de familie din cadrul  
 CMI DR. BOȚTE ANNA ..... cu sediul în LUDUȘ, BDL DEC 1918 NR. 7, județ  
 Mureș în confruntare cu

OUG 68/2008 OMS 1322/2006, 

vă notific intenția de vânzare/cesionare/donație a praxisului CMI DR. BOȚTE ANNA

Vă aduc la cunoștință următoarele:

1) Titularul/titularii dreptului de preempțiune, conform art. 11 lit. f din Ordinul  
 1322/2006 - \_\_\_\_\_

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

3) Prețul de vânzare al cabinetului este - \_\_\_\_\_

4) Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența este

drbozteanna@yahoo.com

5) Numărul de telefon 0742-104469

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

Data: 27.09.2022

Semnătura:

Președintelui Colegiului Medicilor din România/ Președintelui Colegiului Medicilor  
 Teritorial