



Cerere Cesionare Praxis

Domnule Președinte al CMR/ Colegiului.....

Subsemnatul (nume, prenume) JIPA IOANA GABRIELA cu CNP..... Titular al cabinetului de medicină de familie din cadrul CMI/SRL DR. JIPA IOANA GABRIELA cu sediul în ȘIȘIU PĂRVAN, VASILE NR. 4 în conformitate cu

**OUG 68/2008**

**OMS 1322/2006, ✓**

vă notific intenția de vânzare/cesionare/donație a praxisului CMI DR. JIPA IOANA GABRIELA

Vă aduc la cunoștință următoarele:

1) Titularul/titularii dreptului de preempțiune este/sunt:.....

.....  
.....

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

.....  
.....

3) Prețul de vânzare al cabinetului este... 10.000 EURO...

4) Adresa de corespondență, la care vă solicit a-mi transmite corespondența este... SIBIU ȘIȘIU PĂRVAN VASILE NR. 4.....

5) Numărul de telefon... 0723574432.....

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

Data: 02.09.2022

Semnătura:

Președintelui Colegiului Medicilor din România/ Președintelui Colegiului Medicilor Teritorial