

## CERERE CESIONARE PRAXIS

Domnule Președinte al CMR/ Colegiului Medicilor Tulcea

Subsemnatul Dr. Lupascu Gheorghe CNP . . . . . , legitimat cu C.I. seria . . . . . , nr. . . . . titular al cabinetului de medicină de familie din cadrul CMI Dr. Lupascu Gheorghe  
cu sediul în Comuna Mihai Bravu,  
Judetul Tulcea, în conformitate cu:

OUG 68/2008

OMS 1322/2006

Vă notific intenția de vânzare a praxisului.

Vă aduc la cunoștință următoarele:

1. Titularul dreptului de preempțiune este:  
.....
2. Adresa și numărul de telefon al titularului/titularilor dreptului de preempțiune este/sunt:  
.....
3. Prețul de vânzare al cabinetului este 6000 EURO.
4. Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența este  
.....
5. Numărul de telefon +40724736455

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

Data,  
06.09.2022

Semnătura,  
Gheorghe  
Lupascu

Semnat digital de  
Gheorghe Lupascu  
Data: 2022.09.06  
09:58:09 +03'00'

Domnului Președinte al Colegiului Medicilor din România /  
Președintelui Colegiului Medicilor Teritorial