



Cerere Cesionare Praxis

Domnule Președinte al CMR/ Colegiului.....

Subsemnatul (nume, prenume) URSU MARIANA cu CNP:.....
titular al

cabinetului de medicină de familie din cadrul CMI/SRL DR. URSU MARIANA
sediul SIBIU

în STR. VAȘILE AARON în conformitate cu
Art. 20
UG 68/2008

✓ OMS 1322/2006,

vă notific intenția de ~~vânzare/cesionare~~ donație a praxisului
C.M.I. DR. URSU MARIANA

Vă aduc la cunoștință următoarele:

- Titularul/titularii dreptului de preempțiune este/sunt:.....
.....
- Adresa și numărul de telefon al titularului/ titularilor dreptului de preempțiune este/sunt:
.....
- Prețul de vânzare al cabinetului este.....
- Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența este SIBIU.....
.....
- Numărul de telefon 0727 125671

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

Data: 05.09.2022

Semnătura:

Președintelui Colegiului Medicilor din România