



Cerere Cesionare Praxis

Domnule Președinte al CMR/ Colegiului.....

Subsemnatul (nume, prenume) BĂLDEA ILCAH cu CNP..... titular al cabinetului de medicină de familie din cadrul CMI/SRL/ BĂLDEA ILCAH în BUCUREȘTI - DOS PATHELIKOH Nr. 292, sector 2 în conformitate cu

OUG 68/2008

OMS 1322/2006,

vă notific intenția de vânzare/cesionare/donație a praxisului CPI. AL BĂLDEA ILCAH  
Vânzare în activitatea praxis  
Vă aduc la cunoștință următoarele: A

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

Dr. POPESCU IRIANA, Dr. BUZA ANICA, Dr. POPA ALCAYARA A. GOSPONIHOU, MILIANA, Dr. MARICIA RALIAH, Dr. BALTA ROYANA, Dr. TOHCU ANISOARA, Dr. HACE DIANA, Dr. MIHAI MADUS, Dr. CIORCI CAMERIA, Dr. CIORCI ANELIA, ROYGA, Dr. DANIEL ROYGA, Dr. CIORCI CAMERIA, Dr. CIORCI ANELIA

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

303 PATHELIKOH Nr. 292 BUCUREȘTI P. 2

3) Prețul de vânzare al cabinetului este 40.000 EURO

4) Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența este 303 PATHELIKOH Nr. 292, sector 2

5) Numărul de telefon 0745761242

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

Data: 3 octombrie 2022

Semnătura:

Președintelui Colegiului Medicilor din România/ Președintelui Colegiului Medicilor Teritorial