



## Cerere Cesionare Praxis

Domnule Președinte al CMR

Subsemnatul (nume, prenume) POPA VICTORIA cu CNP [redacted] titular al cabinetului de medicină de familie din cadrul CMI DR. POPA VICTORIA cu sediul în com. MUNTENI-BUZĂU, str. FLORIAN POPESCU nr. 70, județul IALOMIȚA în conformitate cu

**OUG 68/2008**

**OMS 1322/2006,**

vă notific intenția de donație a praxisului C.M.I. DR. POPA VICTORIA

Vă aduc la cunoștință următoarele:

- 1) Titularul/titularii 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 DONAȚIE
- 4) Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența este CMI DR. POPA VICTORIA, str. FLORIAN POPESCU nr. 70, jud. IALOMIȚA, e-mail: vica\_popa@yahoo.com
- 5) Numărul de telefon 0722.549.453

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

Data: 13.10.2022

Semnătura:

Victoria  
Popa

Semnat digital de Victoria Popa  
DN cn=RC, o=Munteni Buzau, ou=POPA  
VICTORIA - CABINET MEDICAL MEDICINA  
DE FAMILIE, ou=Victoria Popa,  
serialNumber=P225,  
givenName=Victoria, sn=Popa,  
2.5.4.97=00411345  
Data: 2022.10.13 10:38:50 +03:00'  
Versiunea Adobe Acrobat Reader:  
2022.003.20258

Președintelui Colegiului Medicilor din România/ Președintelui Colegiului Medicilor Teritorial