

Cerere de cesionare/vanzare/donație praxis

Domnului Președinte al Colegiului medicilor din România

Subsemnatul DR. VULPOI ADALGIZA, cu CNP _____, titular al cabinetului de medicină de familie SC. ADALGIZA ANCA HES SRL, cu sediul profesional în Municipiile Teceuți Str. St. Alexe Ștrandului Nr. 6, Județul Satu Mare în conformitate cu prevederile **OMS nr. 1322/2006** vă notific intenția de vânzare/cesionare/donație a praxisului **constând în lista de capitație** începând cu data de 01.01.2022.

vă aduc la cunoștință următoarele:

1. Titularul/titularii dreptului de preemțiune sunt: - NU ESTE CAZUL,
2. Adresa și numărul de telefon al titularului dreptului de preemțiune este: - NU ESTE CAZUL
3. Prețul de vânzare al praxisului este - NU ESTE CAZUL
4. Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența este : Teceuți Str. Alexe Ștrandului Nr.6, Județul Satu Mare.
5. Numărul de telefon: 0732.759176.
Adresa e-mail cabmed.fam.@gmail.com,
Având în vedere cele menționate vă solicit eliberarea adeverinței necesare

vânzării/cesionării/donației praxisului menționat mai sus.

Data

01.11.2022

Semnătura

Domnului Președinte al Colegiului Medicilor din România

Attachments: