



2008 / 05 XII 2022

Cerere Cesionare Praxis

Domnule Președinte al CMR/ Colegiului..... BRAȘOV

Subsemnatul (nume, prenume) SOPONAR ANCA cu CNP..... titular al
cabinetului de medicină de familie din cadrul CMI/SRL/..... CMI/MF..... cu sediul
în Brașov în conformitate cu Str. Favoritelor 28 Dr. SOPONAR ANCA

OUG 68/2008

OMS 1322/2006, X

vă notific intenția de vânzare/cesionare/donație a praxisului vânzare.....

Vă aduc la cunoștință următoarele:

- 1) Titularul/titularii dreptului de preempțiune este/sunt:.....
SOPONAR ANCA
adresa email: daniel.soponar@yahoo.com
- 2) Adresa și numărul de telefon al titularului/ titularilor dreptului de preempțiune este/sunt:
Str. BRAȘETULUI 48
Tel. 0723545788
- 3) Prețul de vânzare al cabinetului este 30.000 EUR
- 4) Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența este Str. Brădețelului 48
- 5) Numărul de telefon 0723545788 sau 0726680684

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

Data:

Semnătura:

Președintelui Colegiului Medicilor din România/ Președintelui Colegiului Medicilor Teritorial