

Cerere Cesionare Praxis

Domnule Preşedinte al CMR/ Colegiului.....

BEANOV

Subsemnatul (nume, prenume).....  
BOGDAN MĂCULESCU ADRIAN  
cu CNP..... titular al  
cabinetului de medicină de familie din cadrul CMI/SRL.....  
BOGDAN MĂCULESCU ADRIAN  
cu sediul  
în VATA BUCURILUI în conformitate cu

OUG 68/2008

OMS 1322/2006, r

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

Vă aduc la cunoștință următoarele:

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

2) Adresa și numărul de telefon al titularului/ titularilor dreptului de preempțiune este/sunt:  
BEANOV, STR. ISLATA NR. 4, AP. 12  
tel. 0722 303019

3) Prețul de vânzare al cabinetului este..... NEGOCIABIL.

4) Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența este.....  
BEANOV, STR. ISLATA NR. 4, AP. 12.

5) Numărul de telefon..... 0722 303019

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

Data: 4.01.2023

Semnătura:

Preşedintelui Colegiului Medicilor din România/ Preşedintelui Colegiului Medicilor Teritorial