



Cerere Cesionare Praxis



Domnule Președinte al ~~CNR~~ Colegiului..... *București*

Subsemnatul (nume, prenume) *BOGDAN XAMIȚA* cu CNP..... titular al cabinetului de medicină de familie din cadrul CMI/~~SRL~~ *DR. BOGDAN XAMIȚA* cu sediul în *București* în conformitate cu

OUG 68/2008

OMS 1322/2006,

vă notific intenția de vânzare/~~cesionare/donație~~ a praxisului *CMI SA BOGDAN XAMIȚA - PIF*

Vă aduc la cunoștință următoarele:

- 1) Titularul/~~titularii~~ dreptului de preempțiune este/~~sunt~~.....
S.C. CENTRUL MEDICAL ZATEI BASARAB SA
- 2) Adresa și numărul de telefon al titularului/~~titularilor~~ dreptului de preempțiune este/~~sunt~~:
STR. ZATEI BASARAB NR. 45 SECT. 3 București
TEL: 021.302.94.34
- 3) Prețul de vânzare al cabinetului este.....
- 4) Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența este.....
- 5) Numărul de telefon *0724.387.147*.

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

Data: *16.01.2023*

Semnătura:

Președintelui Colegiului Medicilor din România/ Președintelui Colegiului Medicilor Teritorial