



Cerere Cesionare Praxis

Domnule Președinte al CMR/ Colegiului **MEDICILOR BRASOV**

Subsemnatul (nume, prenume) **ANDREI MARIA** cu CNP. [redacted]
titular al

cabinetului de medicină de familie din cadrul
CMI/SRL **DR. ANDREI MARIA** cu sediul
în **SĂCELE** în confromitate cu

OUG 68/2008

OMS 1322/2006, ✓

vă notific intenția de vânzare/cesionare/donație a praxisului
C.M.M.F. DR. ANDREI MARIA

Vă aduc la cunoștință următoarele:

- Titularul/titularii dreptului de preempțiune este/sunt:.....

ANDREI MARIA

- Adresa și numărul de telefon al titularului/ titularilor dreptului de preempțiune este/sunt:

SĂCELE Str. EP. POPEA NR 18 Jud. BRASOV

0268 /276999 0790/24631

- Prețul de vânzare al cabinetului este **NEGOCIABIL**

- Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența este.....

dr. maria. a @ gmail. com

0790124631

• Numărul de telefon.....0268 / 246999.....

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

Data: [redacted] 17 I 2023

Semnătura: [redacted]

Președintelui/ Colegiului Medicilor din România/ Președintelui Colegiului Medicilor Teritorial

IMG_20230118_101531.jpg (4000x3000)

1/31/23, 1:49 PM