



Cerere Cesionare Praxis

11/07/02/2023

Domnule Președinte al CMR / Colegiului Medicilor din Brașov

Subsemnata CHICHERNEA FLORENTINA, cu CNP titular al cabinetului de medicină de familie din cadrul CMI DR. CHICHERNEA FLORENTINA, cu sediul, în Brașov, str. Zizinului, nr. 94, sc. B, ap. 4, în conformitate cu:

*x* OUG 68/2008

*(X)* OMS 1322/2006,

Vă notific intenția de vânzare / cesionare a praxisului CMI DR. CHICHERNEA FLORENTINA

Vă aduc la cunoștință următoarele:

1) Titularul dreptului de preempțiune este:

Chichernea Florentina

2) Adresa și numărul de telefon al titularului dreptului de preempțiune este:

Brașov, Zizinului 94, sc. B, ap. 2 - 0727879641

3) Prețul de vânzare al cabinetului este NEGOTIABIL Euro

4) Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența este:

ch.florentina@gmail.com

5) Numărul de telefon 0727879641

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

Data: 07.02.2023

Semnătură

Președintelui Colegiului Medicilor din România /

Președintelui Colegiului Medicilor Teritorial