

Cerere Cesionare Praxis

Domnule Președinte al CMR/ Colegiului. CMR Timiș

Subsemnatul (nume, prenume) FORȚ LAJUNIA cu CNP..... titular al cabinetului de medicină de familie din cadrul CMI/SRL/... DR FORȚ cu sediul în TIMIȘOARA STR. MURE 1848 N°31 în conformitate cu

UG 68/2008

OMS 1322/2006,

vă notific intenția de vânzare/cesionare/donație a praxisului

Vă aduc la cunoștință următoarele:

- 1) Titularul/titularii dreptului de preempțiune este/sunt:.....
- 2) Adresa și numărul de telefon al titularului/ titularilor dreptului de preempțiune este/sunt:.....
- 3) Prețul de vânzare al cabinetului este... — DONAȚIE
- 4) Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența este... TIMIȘOARA STR. MURE 1848 N°31
- 5) Numărul de telefon 0256 467 550 / 0724 494 314

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

Data:
22.03.2023

semnătura:

Președintelui Colegiului Medicilor din România/ Președintelui Colegiului Medicilor Teritorial