



**Catre,**

**Colegiul Medicilor din Romania**

**Colegiul Medicilor Bacau**

Subsemnata **dr. Stoian Silvica**, reprezentant legal al **CMI MF DR STOIAN SILVICA**, cu sediul in com. Parincea, jud. Bacau, in conformitate cu prevederile art.12 din Ordinul Ministrului Sanatatii nr. 1322/2006 si a Legii nr. 95/2006,

## **NOTIFIC**

intentia de cesionare a praxisului de Medicina de Familie al **CMI MF DR STOIAN SILVICA** incepand cu data de **23.03.2023** din motive personale.

Telefon contact: **0784333224**

DATA

**23.03.2022**

SEMNATURA,