



Cerere Cesionare Praxis

Domnule Președinte al CMR/ Colegiului.....

Subsemnatul (nume, prenume) ZELIARI ADRIANA cu CNP..... titular al cabinetului de medicină de familie din cadrul CMR/SRL/SC. ZADOLTA MED cu sediul în TIMIȘOARA în conformitate cu

OUG 68/2008 OMS 1322/2006, vă notific intenția de vânzare/cesionare/donație a praxisului VÂNZARE

Vă aduc la cunoștință următoarele:

- 1) Titularul/titularii dreptului de preempțiune este/sunt:.....
- NU ESTE CAZUL
- 2) Adresa și numărul de telefon al titularului/ titularilor dreptului de preempțiune este/sunt:.....
- NU ESTE CAZUL
- 3) Prețul de vânzare al cabinetului este..... 30.000 EURO
- 4) Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența este..... adriana.zelari@gmail.com
- 5) Numărul de telefon... 0723.346.021

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

Data:

10.04.2023

Semnătura:

Președintelui Colegiului Medicilor din România/ Președintelui Colegiului Medicilor Teritorial