



## Cerere Cesionare Praxis

Domnule Președinte al CMR/ Colegiului.....

Subsemnatul ENGELHARDT DOINA.....cu  
CNP..... titular al

cabinetului de medicină de familie din cadrul CMI Dr ENGELHARDT  
DOINA.....cu sediul

în TIMISOARA Pta Ghe Domasnean nr 1 parter.....în  
conformitate cu

**OMS 1322/2006,**

vă notific intenția de vânzare/cesionare/donație a praxisului  
.....

Vă aduc la cunoștință următoarele:

- Titularul/titularii dreptului de preempțiune este/sunt: Nu este cazul
- Adresa și numărul de telefon al titularului/ titularilor dreptului de preempțiune este/sunt: Nu este cazul
- Prețul de vânzare al cabinetului este
- Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența este  
doina\_engelhardt@yahoo.com.....
- Numărul de telefon...0740116167.....

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

Data:

04.05.2023

Semnătura:

Președintelui Colegiului Medicilor din România/ Președintelui Colegiului  
Medicilor Teritorial