

Cerere Cesionare Praxis

Domnule Președinte al Colegiului Medicilor din România
Domnule Președinte a Colegiului Medicilor Satu Mare

Subsemnatul (nume, prenume) Lakatos Sivan cu CNP
titular al cabinetului de medicină de familie din cadrul
CMI/SRL/ Dr. Lakatos Sivan cu sediul în Foieni în conformitate cu
OUG 68/2008
OMS 1322/2006,

Vă notific intenția de vânzare/~~cesionare~~/~~donare~~ a praxisului CMI Dr. Lakatos Sivan
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 75000 lei
- 4) Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența este Lakatos Sivan, 0441 12 1256
- 5) Numărul de telefon 0261 843723

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

Data: 17.05.2023
Semnătura:

Președintele Colegiului Medicilor din România/
Președintele Colegiului Medicilor Teritorial