

Cerere Cesionare Praxis



Domnule Președinte al CMR

Subsemnata Dr. Purcărea Ileana Mihaela, cu CNP _____ titular al
cabinetului de medicină de familie din cadrul CMI Dr. Popa Carmen Mariana cu
sediul în București, Aleea Lungulețu nr. 6, Sector 2, în confromitate cu

OUG 68/2008

OMS 1322/2006,

vă notific intenția de cesionare a praxisului CMI Dr. Popa Carmen Mariana
începând cu data de 16.05.2023

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.....
- 4) Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența
este purcareamihaela@gmail.com
- 5) Numărul de telefon 0723212256

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

Data: 15.05.2023

Semnătura:

Președintelui Colegiului Medicilor din România/ Președintelui Colegiului
Medicilor Teritorial