Cerere Cesionare Praxis

COLEGIUL MEDICILOR DIN ROMÂNIA
INTRARE Nr. 1577
23.05.2023

Domnule Preşedinte al CMR/ Colegiului..... .

Subsemnatul (nume, prenume) ARITON CARMEN cu CNP..... titular al cabinetului de medicină de familie din cadrul CMI/SRL DR ARITON CARMEN cu sediul în SIBIU, Calea Poplăcii, Nr 77 Bl 39, ap 21 ....în conformitate cu

OUG 68/2008 [X]

OMS 1322/2006, [ ]

vă notific intenţia de vânzare/~~cesionare/donaţie a praxisului~~ .....

Vă aduc la cunoştinţă următoarele:

1. Titularul/titularii dreptului de preempţiune este/sunt:.....
   DR. ABRAHAM DOINA
   DR. BOGDAN LILIANA CAMELIA
2. Adresa şi numărul de telefon al titularului/ titularilor dreptului de preempţiune este/sunt SIBIU, Calea Poplăcii, Nr 77, BL 39, ap 21
   Tel 0269 / 241777
3. Preţul de vânzare al cabinetului este.....30.000 E.....
4. Adresa de corespondenţă la care vă solicit a-mi transmite corespondenţa este/sunt: .....
   carmen.ariton@yahoo.com
5. Numărul de telefon.....0721/274141

Având în vedere cele menţionate vă solicit eliberearea avederinţei necesare vânzării/cesionării praxisului.

Data: 23.05.2023

Semnătura:

Preşedintelui Colegiului Medicilor din România/ Preşedintelui Colegiului Medicilor Teritorial