



Cerere Cesionare Praxis

Domnule Președinte al CMR/ Colegiului.....

Subsemnatul (nume, prenume) LUNGU MIHAELA PETRY cu CNP..... titular al cabinetului de medicină de familie din cadrul CMI/SRL MI. LUNGU MIHAELA cu sediul în MARINEȘTI în conformitate cu

OUG 68/2008

OMS 1322/2006,

vă notific intenția de vânzare/cesionare/donație a praxisului

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:
Str. Lacului nr 7, Bl. Vila, et 7 ap 29
Jucuruză, Iltanisa
- 3) Prețul de vânzare al cabinetului este.....
- 4) Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența este.....
- 5) Numărul de telefon..... 0744369535

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

Data:

30.05.2023

Semnatura

Președintelui Colegiului Medicilor din România/ Președintelui Colegiului Medicilor Teritorial