

Cerere Cesionare Praxis



Domnule Președinte al CMR/ Colegiului... **MEDICILOR SIBIU**

Subsemnatul (nume, prenume) **POPA VIORICA** cu CNP. [redacted] titular al cabinetului de medicină de familie din cadrul CMI/SRL **Dr. POPA VIORICA** cu sediul în **SELIMBĂR** în conformitate cu

OUG 68/2008

OMS 1322/2006,

vă notific intenția de vânzare/cesionare/donație a praxisului **CMI DR. POPA VIORICA**
Vă aduc la cunoștință următoarele: **3.D.06.2023**

1. Titularul/titularii dreptului de preempțiune este/sunt:.....

..... **HU E CAZUL**

2. Adresa și numărul de telefon al titularului/ titularilor dreptului de preempțiune este/sunt

..... **HU E CAZUL**

3. Prețul de vânzare al cabinetului este... **NEGOCIABIL**

4. Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența

este/sunt: **Dr. POPA VIORICA, Str. 1 DECEMBRIE Nr. 5, SELIMBĂR**
VIORICA, POPA 53 @net.com,

5. Numărul de telefon... **0720 88 17 17**

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

Data: **03.05.2023**

Semnătura:

Președintelui Colegiului Medicilor din România/ Președintelui Colegiului Medicilor Teritorial