



Cerere Cesionare Praxis

Domnule Președinte al CMR/ Colegiului... medicilor Iasi

Subsemnatul (nume, prenume) APOSTOLACHE MIRHAELA LILIANA cu CNP titular al cabinetului de medicină de familie din cadrul CMI/SRL APOSTOLACHE MIRHAELA - LILIANA cu sediul în Com. NORLEȘTI, Loc. NORLEȘTI în conformitate cu **BUG 68/2008**

OMS 1322/2006,

vă notific intenția de vânzare/cesionare/donație a praxisului judiciului de familie

Vă aduc la cunoștință următoarele:

- 1) Titularul/titularii dreptului de preempțiune este/sunt: Apostolache Mirhaela Liliana
- 2) Adresa și numărul de telefon al titularului/titularilor dreptului de preempțiune este/sunt: CMI S.R.L. Apostolache Mirhaela Liliana, Com. NORLEȘTI, Loc. NORLEȘTI, Jud. IASI, Tel. 0763289958
- 3) Prețul de vânzare al cabinetului este... 15.000 € (cinci)
- 4) Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența este... Com. NORLEȘTI, Loc. NORLEȘTI, Jud. IASI
- 5) Numărul de telefon... 0763289958; dr. apastolache - mirhaela @ yahoo.com

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

Data: 12.06.2023

Semnătura:

Președintelui Colegiului Medicilor din România/ Președintelui Colegiului Medicilor Teritorial