

Cerere Cesionare Praxis



Domnule Președinte al CMR/ Colegiului.....

Subsemnatul (nume, prenume) ARITON CARMEN cu CNP..... titular al cabinetului de medicină de familie din cadrul CMI/SRL Dr. Arton Cornea cu sediul în Sibiu, Calea Populei nr. 77, ap. 21 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

3. Prețul de vânzare al cabinetului este... 30.000 €.....

4. Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența este/sunt: Sibiu,.....

..... carmen.ariton@yahoo.com.....

5. Numărul de telefon. 0741/274141.....

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

Data:

23.05.2023

Semnătură

Președintelui Colegiului Medicilor din România/ Președintelui Colegiului Medicilor Teritorial