

Cerere Cesionare Praxis



Domnule Președinte al CMR/ Colegiului SIBIU

Subsemnatul (nume, prenume) CIOLOBOC IULIA cu CNP..... titular al cabinetului de medicină de familie din cadrul CMI/SRE CABINET MEDICAL-MEDICINA DE FAMILIE în SIBIU în conformitate cu

OUG 68/2008

OMS 1322/2006,

vă notific intenția de vânzare/cesionare/donație a praxisului CABINET MEDICAL
Vă aduc la cunoștință următoarele: Dr. CIOLOBOC IULIA

1. Titularul/titularii dreptului de preempțiune este/sunt: DR. URSU MARIANA
DR. STANESCU ILEANA, DR. APOLZAY ADELA-IRINA
DR. RITIVOI CAMELIA-MARIA, DR. MARCU ALINA, DR. ROMAN ANCA-CRISTINA
DR. LOBEA SANDA, DR. MIHU ARIANA, DR. CICI DANIEL, DR. PEIA SIMONA
DR. EPURE ALINA, DR. NICOLU
2. Adresa și numărul de telefon al titularului/ titularilor dreptului de preempțiune este/sunt

3. Prețul de vânzare al cabinetului este 400 000 lei
4. Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența este/sunt: SIBIU DR. SPARTACUS nr 7
5. Numărul de telefon 0723 57204, 0749499154

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

Data: 31.05.2023

Semnătura: Cioloboc Iulia

Președintelui Colegiului Medicilor din România/ Președintelui Colegiului Medicilor Teritorial

