

COLEGIUL MEDICILOR TIMIȘ
Nr. 1944 Din 06.06.2023



Cerere Cesionare Praxis

Domnule Președinte al CMR/ Colegiului C.M. TIMIȘ

Subsemnatul (nume, prenume) FORI LAVINIA cu CNP..... Titular al cabinetului de medicină de familie din cadrul CMI/SRLI DR FORI..... cu sediul în TIMIȘOARA STR..... în conformitate cu

OG 68/2008 ANUL 1848 N° 31

OMS 1322/2006,

vă notific intenția de vânzare/cesionare/donație a praxisului VĂNZARE

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... 13.344 EURO

4) Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența este TIMIȘOARA STR. ANUL 1848 N° 31

5) Numărul de telefon... 0724 494 314 / 0256 467 550

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

Data:

6.06.2023

Semnăt..

Președintelui Colegiului Medicilor din România/ Președintelui Colegiului Medicilor Teritorial