



Cerere Cesionare Praxis

Domnule Președinte al CMR/ Colegiului.....IASI

Subsemnatul (nume, prenume) LUPASCU GEORGETA cu CNP ..... tular al  
cabinetului de medicină de familie din cadrul CMI/SRLI LUPASCU GEORGETA cu sediul  
în MIROSLAVA în conformitate cu

OUG 68/2008

OMS 1322/2006,

vă notific intenția de vânzare/cesionare/donație a praxisului CMI Dr. LUPASCU GEORGETA

Vă aduc la cunoștință următoarele:

- 1) Titularul/titularii dreptului de preempțiune este/sunt:.....  
..... NU ESTE CAZUL .....
- 2) Adresa și numărul de telefon al titularului/ titularilor dreptului de preempțiune este/sunt:  
..... Str. CONSTANTIN LANGA Nr. 48, MIROSLAVA .....
- 3) Prețul de vânzare al cabinetului este..... 10.000 EURO
- 4) Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența este..... geeta.lupascu@54.gyaloo.ro Str. CONSTANTIN LANGA Nr. 48 MIROSLAVA
- 5) Numărul de telefon..... 0741254272 .....

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

Data:

28.06.2023

Semnătură

Președintelui Colegiului Medicilor din România/ Președintelui Colegiului Medicilor Teritorial