

536/12.06.2023

Cerere Cesionare Praxis

Domnule Președinte al CMR/ Colegiului. ~~F. A. KRASO~~



Subsemnatul (nume, prenume) ~~MARTA ANA~~ cu CNP. ~~.....~~ titular al cabinetului de medicină de familie din cadrul CMI/SRL/..... cu sediul în ~~SĂCECE E. POPEEA, NR. 20,~~ în ~~.....~~ în confruntare 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:.....
..... ~~MARTA ANA~~
- 2) Adresa și numărul de telefon al titularului/ titularilor dreptului de preempțiune este/sunt:
..... ~~SĂCECE, E. POPEEA 20~~
- ~~TEL: 0756752105~~
- 3) Prețul de vânzare al cabinetului este... ~~16000 EURO~~
- 4) Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența este... ~~SĂCECE, EPISCOPIU POPEEA 20~~
- 5) Numărul de telefon... ~~0756752105~~

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