



581/22.06.2023

Referent.

Cerere Cesionare Praxis

Domnule Președinte al CMR/ Colegiului... BRAȘOV

Subsemnatul (nume, prenume)...MORAR ANCA LUIZA.....cu CNP
..... titular al

cabinetului de medicină de familie din cadrul CMI/SRL/CMI MF DR MORAR
ANCA LUIZA.....cu sediul

în VULCAN , STR PRINCIPALA 802.....în conformitate cu
BUG 68/2008

OMS 1322/2006, X

vă notific intenția de vânzare/cesionare/donație a praxisului
...VANZARE.....OMS 1322/2006.....

Vă aduc la cunoștință următoarele:

- 1) Titularul/titularii dreptului de preempțiune este/sunt:.....
.....DR DINU CORINA MARINELA **NU DOREȘTE SA -**
CUMPAR PRAXISUL DR MORAR
- 2) Adresa și numărul de telefon al titularului/ titularilor dreptului de preempțiune
este/sunt:
...LOC. VULCAN, STR PRINCIPALA 802..., 0745063478,
hinteacorina@yahoo.com.....
- 3) Prețul de vânzare al cabinetului este...20.000 EURO.....
- 4) Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența
este...dr.moraranca@yahoo.com.....
- 5) Numărul de telefon...0787525511.....

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

Data: 21.06.2023

Semnătura:

Președintelui Colegiului Medicilor din România/ Președintelui Colegiului Medicilor
Teritorial

Anca-
Luiza
Morar
Semnat
digital de
Anca-Luiza
Morar
Data:
2023.06.22
12:40:57
+03'00'