

Cerere Cesiune Praxis

Domnule Președinte al CMR/ Colegiului.....

Subsemnatul (nume, prenume) DR. MUNTEAN ILEANA titular al
cabinetului de medicină de familie din cadrul CMI/SRL/ CMI cu sediul
în SIBIU, STR. SĂLAJULUI NR. 7

OUG 68/2008



OMS 1322/2006



vă notific intenția de vânzare/cesiune/donație a praxisului SPATIULUI CAB. MEDICAL
Vă aduc la cunoștință următoarele: SIBIU, STR. SĂLAJULUI 7

1. Titularul/titularii dreptului de preempțiune este/sunt:
CMI DR. CALUTIU DORINA
CMI DR. FLORESCU LUCIA

2. Adresa și numărul de telefon al titularului/ titularilor dreptului de preempțiune
este/sunt

SIBIU, STR. SĂLAJULUI NR. 7

SIBIU, STR. SĂLAJULUI NR. 7, tel. 0269/226080

3. Prețul de vânzare al cabinetului este 50 000 EURO

4. Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența
este/sunt:

SIBIU, STR. LĂNII NR. 13A, cod postal 550019

5. Numărul de telefon 0269/234587, 0722/778057

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

0726/081004

Data:

26.06.2023

Semnătura

Președintelui Colegiului Medicilor din România/ Președintelui Colegiului Medicilor
Teritorial