



Cerere Cesionare Praxis

Domnule Președinte al CMR/ Colegiului Medicilor Timiș

Subsemnatul (nume, prenume) DR. GRUIN LILIANA cu CNP titular al cabinetului de medicină de familie din cadrul CMI Cabinet medical medicină generală RACoviȚA, HITIAȘ, DRĂGOEȘTI-Dr.GRUIN LILIANA cu sediul în Racovița, Str.Principală, Jud.Timiș în conformitate cu

OUG 68/2008

OMS 1322/2006,

vă notific intenția de vânzare/cesionare/donație a praxisului

Cabinet medical medicină generală RACoviȚA, HITIAȘ, DRĂGOEȘTI-Dr.GRUIN LILIANA

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: NU ESTE CAZUL
- 3) Prețul de vânzare al cabinetului este 12.000 euro
- 4) Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența este Timișoara, Str.Aprodul Movilă, nr.4
- 5) Numărul de telefon 0744630425 e-mail: liliana.gruin@gmail.com

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

Data:

29.08.2023

Semnătura:

Președintelui Colegiului Medicilor din România/ Președintelui Colegiului Medicilor Timiș