

Cerere Cesionare Praxis



Domnule Președinte al CMR/ Colegiului. MEDICILOR SIBIU

Subsemnatul (nume, prenume) POPESCU Lidia cu CNP. [redacted] titular al cabinetului de medicină de familie din cadrul CMI/SRE/DR. POPESCU Lidia cu sediul în ROSIA NR. 24 în conformitate cu

OUG 68/2008

OMS 1322/2006,

vă notific intenția de vânzare cesionare/donație a praxisului CMI dr. POPESCU Lidia
Vă aduc la cunoștință următoarele:

1. Titularul/titularii dreptului de preempțiune este/sunt:.....
NU E CAZUL

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

NU E CAZUL

3. Prețul de vânzare al cabinetului este NEGOTIABIL....

4. Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența este/sunt: DR. POPESCU LIDIA STR. VASILE NICEA Bl. 3 SC A Ap 34 SIBIU

lidia.popescu.57@yahoo.com

5. Numărul de telefon. 0742153432.....

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

Data: 02.09.2023

Semnătura: [redacted]

Președintelui Colegiului Medicilor din România/ Președintelui Colegiului Medicilor Teritorial