



Cerere Cesionare Praxis

703/11.08.2023

Domnule Președinte al CMR/ Colegiului Medicilor Brasov

Subsemnatul (nume, prenume) Dr .FULOP SARA cu CNP [redacted] titular al

cabinetului de medicină de familie din cadrul CMI MF Dr FULOP SARA.cu sediul în JIBERTÎn confromitate cu

OUG 68/2008

OMS 1322/2006, X

vă notific intenția de vânzare/ a praxisului CMIMF DR : FULOP SARA

Vă aduc la cunoștință următoarele:

- 1) Titularul/titularii dreptului de preempțiune este/sunt: NU ESTE FULOP SARA
- 2) Adresa și numărul de telefon al titularului/ titularilor dreptului de preempțiune este/sunt:
Com. JIBERT srtr PRINCIPALA nr 460
Telefon 0745928165
- 3) Prețul de vânzare al cabinetului este 15000 euro
- 4) Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența este com .JIBERT str. PRINCIPALA nr. 460 jud .BRASOV cod postal 507110
- 5) Numărul de telefon 0745928165 Având în vedere cele menționate vă solicit eliberearea avederinței necesare vânzării praxisului.

Data: 11.08.2023

Semnătura:

Sara Fulop Semnat digital de Sara Fulop
Data: 2023.08.11 09:36:58
+0300

Președintelui Colegiului Medicilor din România/ Președintelui Colegiului Medicilor Teritorial Brasov