

COLEGIUL MEDICILOR TIMIȘ
Nr. 3209 Din 13.09.2023

COLEGIUL MEDICILOR DIN ROMÂNIA
INTRARE Nr. 4681
JESRE
Ziua 15 Luna 09 An 2023

Cerere Cesionare Praxis

Domnule Președinte al CMR/ Colegiului..TIMIȘ

Subsemnatul (nume, prenume) VASILESCU TIBERIU cu CNP..... titular al cabinetului de medicină de familie din cadrul CMI/SRL CABIMED DR. VASILESCU cu sediul în BUZIAS în conformitate cu

OUG 68/2008

OMS 1322/2006,

vă notific intenția de vânzare/cesionare/donație a praxisului CH CABIMED DR. VASILESCU

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:
.....
- 3) Prețul de vânzare al cabinetului este.....
- 4) Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența este BUZIAS, STR. PRINCIPALA, NR. 38, JUDE. TIMIȘ, E-MAIL: cabimed.vasilescu@gmail.com
- 5) Numărul de telefon 0728.016.378 / 0745.307.980

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

Data:

13.09.2023

Semnătura:

Președintelui Colegiului Medicilor din România/ Președintelui Colegiului Medicilor Teritorial