



## CerereCesinare Praxis

DomnulePreședinte al CMR/ Colegiului.....

Subsemnatul (nume, prenume)...BUDUI VASILICA.....cu  
CNP' ..... titular al

cabinetului de medicină de familie din cadrul CMI/SRL/.....CMI DR.BUDUI  
ASILICA.....cu sediul

în...CIUREA.....JD.IASI.....înconfronitate cu

**OUG 68/2008**

**OMS 1322/2006**,

vănotificințența de vânzare/cesionare/donație a praxisului CMI.DR..BUDUI  
VASILICA.....-vinzare.....

Văaduc la cunoștințăurmătoarele:

- 1) Titularul/titularii dreptului de preempțiune este/sunt:...Nu este  
cazul.....  
.....
- 2) Adresașinumărul de telefon al titularului/ titularilordreptului de  
preempțiuneeste/sunt:  
...CIUREA,STR.PORUMBITEI  
156.....0722959428.....  
.....
- 3) Prețul de vânzare al cabinetului este.....10000E.....
- 4) Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența  
este.....IASI,, B-b-dul.INDEPENDENTEI  
13,bl.D2,SC.A,ET.3,AP.7.....  
.....
- 5) Numărul de telefon...0722959428.....

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