



Cerere Cesionare Praxis

Domnule Președinte al CMR/ Colegiului..... MUREȘ

Subsemnatul (nume, prenume) MIHAESCU ILEANA-G cu CNP..... Titular al cabinetului de medicină de familie din cadrul CMI/SRL MIHAESCU G cu sediul în TO. MUREȘ - REPUBLICĂ ROMÂNIA în conformitate cu

OUG 68/2008

OMS 1322/2006,

vă notific intenția de vânzare/cesionare/donație a praxisului CMI S. MIHAESCU

Vă aduc la cunoștință următoarele:

- 1) Titularul/titularii dreptului de preempțiune este/sunt:.....
DR. SULEA ANCA-ANCA
- 2) Adresa și numărul de telefon al titularului/ titularilor dreptului de preempțiune este/sunt:
STR. LIVEZENI Nr. 34E/27 TO. MUREȘ
0748900211
- 3) Prețul de vânzare al cabinetului este.....
- 4) Adresa de corespondență la care vă solicitați a-mi transmite corespondența este STR. REPUBLICA NR. 211
- 5) Numărul de telefon 0743404059

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

Data: 25.09.2023

Semnătura: