



Cerere Cesionare Praxis

Domnule Președinte al Colegiului Medicilor din București

Subsemnatul POP-ILEANA ANDA-LUIZA cu CNP [redacted] titular al cabinetului de medicină de familie din cadrul FUNDAȚIEI SFÂNTUL SPIRIDON VECHI cu sediul în Piața Națiunile Unite nr.5-7, sector 4, București, în conformitate cu

OUG 68/2008

OMS 1322/2006,

vă notific intenția de ~~vânzare~~/cesionare/donație a praxisului de medicină de familie

Vă aduc la cunoștință următoarele:

- 1) Titularul/titularii dreptului de preempțiune este/sunt: FUNDAȚIA SFÂNTUL SPIRIDON VECHI
- 2) Adresa și numărul de telefon al titularului/ titularilor dreptului de preempțiune este/sunt:
PIAȚA NAȚIUNILE UNITE NR.5-7, SECTOR 4, BUCUREȘTI; TEL: 021.9858
- 3) Prețul de vânzare al cabinetului este **0**.
- 4) Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența este PIAȚA NAȚIUNILE UNITE NR.5-7, SECTOR 4, BUCUREȘTI.
- 5) Numărul de telefon 021.9858

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

Data:

03.10.2023

Semnău/ra:

Președintelui Colegiului Medicilor din Municipiul București