



Cerere Vanzare/ Cesionare/ Donatie Praxis

Domnule Președinte al CMR/ Colegiului Bucuresti

Subsemnatul (nume, prenume) Zamfir Stefania cu CNP . titular al cabinetului de medicină de familie din cadrul CMI DR Zamfir Stefania cu sediul în Bucuresti, str. Teius nr. 3, Sector 5, în conformitate cu

**OUG 68/2008**

**OMS 1322/2006**,

vă notific intenția de vânzare/cesionare/donație a praxisului DR Zamfir Stefania cu sediul în Bucuresti, str. Teius nr. 3, Sector 5

Vă aduc la cunoștință următoarele:

- 1) Titularul/titularii dreptului de preempțiune este/sunt: .....
- 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 Str. Vlad Judetul nr. 39, Sector 3, Bucuresti
- 5) Numărul de telefon .....

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

Data: 17.10.2023

Semnătura:

Președintelui Colegiului Medicilor din România/ Președintelui Colegiului Medicilor Teritorial