

Cerere Cesionare Praxis

Domnule Președinte al CMR/ Colegiului.....

Subsemnatul (nume, prenume) DR. PINTEA CORNEL GEORGITA cu CNP [REDACTAT] al

cabinetului de medicină de familie din cadrul CMI/SRL/.....cu sediul
Loc AGRIȘUL MARE NR 837 JUA. NEAS DR. PINTEA CORNEL GEORGITA
in.....in confomitate cu

OUG 68/2008

OMS 1322/2006,

vă notific intenția de vânzare/cesionare/donație a praxisului

Vă aduc la cunoștință următoarele:

- 1) Titularul/titularii dreptului de preempțiune este/sunt:.....
N.U. EXISTA.....
- 2) Adresa și numărul de telefon al titularului/ titularilor dreptului de preempțiune este/sunt:
N.U. EXISTA.....
- 3) Prețul de vânzare al cabinetului este.....2.000 lei.....
- 4) Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența este MUN. NEAS STR. SF. ROMANU CIORASARIU NR. 53 JUA. NEAS.
- 5) Numărul de telefon 0744.501.730 ; p.intea_cornelgeorgita@yahoo.com.

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

Data: 23.10.2023.

Semnătura:

Președintelui Colegiului Medicilor din România/ Președintelui Teritorial

