

Cerere Cesionare Praxis

COLEGIUL MEDICILOR DIN JUDEȚUL MUREȘ	
INTRARE Nr.	0455
din	17 (ZILĂ) 11 (LUNA) 2023 (ANUL)

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

COLEGIUL MEDICILOR DIN ROMÂNIA	
INTRARE Nr.	9952
IESIRE	
Zila	20 Luna 11 Anul 2023

Subsemnatul (nume, prenume) DR. CRISAN VOICHIȚA CNP [redacted] ular al
cabinetului de medicină de familie din cadrul CMI/SRL CRISAN VOICHIȚA
în LUNCA BRAȘULUI 181 în confromitate cu

OUG 68/2008 OMS 1322/2006, vă notific intenția de vânzare/cesionare/donație a praxisului 01.01.2024.

Vă aduc la cunoștință următoarele:

- 1) Titularul/titularii dreptului de preempțiune este/sunt: CRISAN VOICHIȚA
- 2) Adresa și numărul de telefon al titularului/ titularilor dreptului de preempțiune este/sunt: CDM LUNCA BRAȘULUI NR 181 JUDEȚ MUREȘ
TEL 0745654152
- 3) Prețul de vânzare al cabinetului este.....
- 4) Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența este LUNCA BRAȘULUI NR 19 JUDEȚ MUREȘ
- 5) Numărul de telefon 0745654152

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

Data: 17.11.2023

Semnatura: [redacted]

Președintelui Colegiului Medicilor din România/ Președintelui Colegiului
Medicilor Teritorial