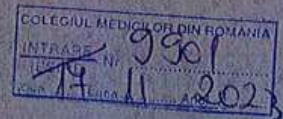


Cerere Cesionare Praxis

Domnule Președinte al CMR/ Colegiului.....BRASOV



Subsemnatul (nume, prenume).....LUBENIȚĂ-ENACHE
FLOREAN.....cu CNP [redacted] titular al
cabinetului de medicină de familie din cadrul CMI/SRE/.....LUBENIȚĂ-ENACHE
FLOREAN.....cu sediul
în FAGARAS, STR. 1 ORC - 1918
în BR. ST. S.A. Ap.1. în conformitate cu

OUG 68/2008

OMS 1322/2006,

vă notific intenția de vânzare/cesionare/donație a praxisului CMI LUBENIȚĂ-ENACHE
FLOREAN

Vă aduc la cunoștință următoarele:

1) Titularul/titularii dreptului de preempțiune este/sunt:.....

CMI GEAMA MIHAI

CMI GHIREOIAS VICHENTE

2) Adresa și numărul de telefon al titularului/ titularilor dreptului de preempțiune este/sunt:

DR. GEAMA MIHAI - FAGARAS, STR. TABACARI BL 9A, SC. 5, AP. 0745 032 705

DR. GHIREOIAS VICHENTE - FAGARAS, STR. TITU PERIJA NR 7, AP. 0723 265 613

3) Prețul de vânzare al cabinetului este 1. 14 000 € - INFRASTRUCTURA CABINETULUI
2. LISTA DE PACIENTI - DONATIE.

4) Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența este FAGARAS, BA. UNIEI, BL. 26, SC. A1, AP. 2, JUDE. BRASOV

5) Numărul de telefon... 0745 755 225

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

Data: 16.11.2023.

Semnătura: [Signature]

Președintelui Colegiului Medicilor din România/ Președintelui Colegiului
Medicilor Teritorial