

Cerere Cesionare Praxis

Domnule Președinte al CMR/ Colegiului.....

Subsemnatul (nume, prenume) TRIFU OLTUȚĂ-ANGELA cu CNP [redacted] r al  
cabinetului de medicină de familie din cadrul CMI/SRL TRIFU OLTUȚĂ-ANGELA cu sediul  
în BUCUREȘTI sect. 4 sos. GIURGIULUI Nr. 85 et. II cab. 2' în conformitate cu

OUG 68/2008

OMS 1322/2006,

vă notific intenția de vânzare/cesionare/donație a praxisului C.M.I. TRIFU OLTUȚĂ-ANGELA

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 estimativ 10.000 €
- 4) Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența este.....
- 5) Numărul de telefon 0728.854.956 / 0720.854.158

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

Data: 14. XII. 2023

Semnătura:

Președintelui Colegiului Medicilor din România/ Președ  
Teritorial

