



## Cerere Cesionare Praxis

Domnule Președinte al Colegiului Mehedinti

Subsemnatul (nume, prenume) CUMIȚĂ GABRIEL ADRIAN cu CNP [REDACTED] titular al cabinetului de medicină de familie din cadrul CMI/SRLA [REDACTED] cu sediul în BAIA DE ARAMĂ în conformitate cu

**OUG 68/2008**

**OMS 1322/2006**,

vă notific intenția de vânzare/cesionare/donație a praxisului DONAȚIE

Vă aduc la cunoștință următoarele:

- 1) Titularul/titularii dreptului de preempțiune este/sunt: DR. CUMIȚĂ GABRIEL ADRIAN
- 2) Adresa și numărul de telefon al titularului/ titularilor dreptului de preempțiune este/sunt: BAIA DE ARAMĂ, STRADA VICTORIEI NR 20, MEHEDINTI
- 3) Prețul de vânzare al cabinetului este DONAȚIE
- 4) Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența este [REDACTED]
- 5) Numărul de telefon 0763/100427

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

Data:

15.01.2024

Semnătura [REDACTED]

Președintelui Colegiului Medicilor Mehedinti