

A.A. - intrări  
250 Data 16.1.2024

Cerere Cesionare Praxis

Domnule Președinte al CMR/ Colegiului..... MEDICILOR ARAD

DR. CARTOJAN RANCU CRISTIAN MIRCEA DAN  
Subsemnatul (nume, prenume).....cu CNP [redacted] ar al

cabinetului de medicină de familie din cadrul CMI/SRL.....cu sediul

în.....în confruntare cu CABINET MEDICAL  
DR. CARTOJAN  
S.R.L.

OUG 68/2008

OMS 1322/2006,

vă notific intenția de vânzare/cesionare/donație a praxisului CABINET MEDICAL  
DR. CARTOJAN SRL

Vă aduc la cunoștință următoarele:

- 1) Titularul/titularii dreptului de preempțiune este/sunt: CMI DR. VANSAI SIMONA  
CMI DR. RAFTI ENIKO ap. 3; CMI DR. PETREI VERONICA ap. SIMONA  
CMI STOMATOLOGIE DR. SENCU EVELIN ap. 5, SE UDEA CLINICA VEZI SRL ap. 67.
- 2) Adresa și numărul de telefon al titularului/ titularilor dreptului de preempțiune este/sunt: CMI SENCU DR. POP CLAUDIA SIMONA  
ad. ARAD LOC. PECICA STR. 2 nr. 173 ap. 2  
tel. 0724 565997 nuvaclan.vansaia@yahoo.com.
- 3) Prețul de vânzare al cabinetului este.....
- 4) Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența este: 0744 377521 ad. Arad Sebea str 2 nr. 173 ap. 1
- 5) Numărul de telefon: jansene - cmi21@yahoo.com.

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

Data: 16.01.2024



Președintelui Colegiului Medicilor din România/ Președintelui Colegiului Medicilor Teritorial