

## Cerere Cesionare Praxis

Domnule Președinte al CMR/ Colegiului TIMIȘ

Subsemnatul (nume, prenume) VEGA STELA cu CNP [redacted] titular al cabinetului de medicină de familie din cadrul CMU/SRL/ Dr. VEGA STELA cu sediul în LU6ej în conformitate cu

OUG 68/2008 OMS 1322/2006, 

vă notific intenția de vânzare/cesionare/donație a praxisului C.M.I. MED. GEN. ADULTI  
Dr. VEGA STELA

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 20.000 EURO
- 4) Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența este LU6ej [redacted]
- 5) Numărul de telefon 0256236757, 0762280470

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

Data:  
18.01.2024Semnătura:  
[redacted]

Președintelui Colegiului Medicilor din România/ Președintelui Colegiului Medicilor Teritorial

Stela Vega  
Digitally signed  
by Stela Vega  
Date: 2024.01.19  
09:22:30 +02'00'