



Cerere Cesionare Praxis

Domnule Președinte al CMR/ Colegiului.....*GORJ*

Subsemnatul (nume, prenume).....*GOBEANU ELENA*.....cu CNP.....*[redacted]*.....lar al cabinetului de medicină de familie din cadrul CMI/SRL.....*DR. EL MED. GOBEANU ELENA*.....cu sediul în.....*Șg. Fui*.....în confromitate cu

OUG 68/2008

OMS 1322/2006,

vă notific intenția de vânzare/cesionare/donație a praxisului.....*DR. GOBEANU ELENA*

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:.....
Șg. Fui ; Bd. Ce. Teodoru Bl 101-P
0740077777
- 3) Prețul de vânzare al cabinetului este.....
- 4) Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența este.....
Șg. Fui ; Bd. Ce. Teodoru Bl 101-P
- 5) Numărul de telefon.....
0740077777

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

Data: *26.01.2024*

Semnătura:
[redacted]

Președintelui Colegiului Medicilor din România/ Președintelui Colegiului Medicilor Teritorial