

CĂTRE

COLEGIUL MEDICILOR DIN ROMÂNIA

Subsemnata DR. LEU CRISTINA, avand CNP: [REDACTED], în calitate de titular al **CABINETULUI MEDICAL INDIVIDUAL DR. LEU CRISTINA** cu sediul in București, Șos. Ștefan cel Mare nr. 23, bl. 23, Sector 2, înregistrat în Registrul Unic al Cabinetelor Medicale sub nr. 723445/18.10.1999, CIF 20352966, in temeiul art 12 din Ordinul nr. 1322/2006 privind aprobarea normelor de stabilire a criteriilor și metodologiei de preluare a activității unui praxis existent, coroborat cu art 5 lit a din același ordin,

NOTIFIC

Intenția de vânzare a praxisului **CABINETULUI MEDICAL INDIVIDUAL DR. LEU CRISTINA**, începând cu data de **01.03.2024**.

Praxisul CMI reunește patrimoniul de afecțiune profesională și clientela reprezentată de pacienți și alți beneficiari ai serviciilor oferite de CMI.

Adresa de email la care vă solicit a-mi trimite corespondența este dr.cristina.leu@yahoo.com și numărul de telefon este 0722 767824.

Având în vedere cele menționate, vă solicit eliberarea adevărții necesare vânzării praxisului.

Data: 07.02.2024

Cu consideratie,

DR. LEU CRISTINA

