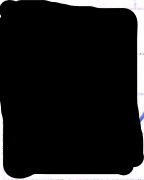


Cerere Cesionare Praxis



Domnule Președinte al CMR/ Colegiului.....

Subsemnatul (nume, prenume) *Miron Veronica* cu CNP..... titular al cabinetului de medicină de familie din cadrul CMI/SRL *SKAIROS* cu sediul *CAB. MED. GASTROENTEROLOGIE DR MIRON VERONICA SRL*

în *MP DIAS* în conformitate cu *STR 7 DECEMBRIE N 23 AP 22*

OUG 68/2008

OMS 1322/2006,

vă notific intenția de vânzare/cesionare/donație a praxisului */SPATIULUI*.....

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 *65000 EURO*

4. Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența este/sunt: *[REDACTED]*

5. Numărul de telefon *[REDACTED]*

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

Data: *13.02.24*

Semnătura: *[REDACTED]*

Președintelui Colegiului Medicilor din România/ Președintelui Colegiului Medicilor Teritorial