

Cerere Cesionare Praxis

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

Subsemnatul (nume, prenume)..... **PĂRNAW MIHAELA**cu CNP. [redacted] titular al cabinetului de medicină de familie din cadrul CMI/SRL/..... **CMMF**cu sediul în..... **BUCUREȘTI**în conformitate cu

OG 68/2008

OMS 1322/2006,

vă notific intenția de vânzare/cesionare/donație a praxisului *medicină de familie*

Vă aduc la cunoștință următoarele:

- 1) Titularul/titularii dreptului de preempțiune este/sunt:.....
..... **PĂRNAW MIHAELA**
- 2) Adresa și numărul de telefon al titularului/ titularilor dreptului de preempțiune este/sunt:
..... **Str. D. R. M. V. L. TABEREI nr. 44A, Bloc Z. 132, sc B, et 7, apt 47, sector 6, BUCUREȘTI**
- 3) Prețul de vânzare al cabinetului este..... **30 000 EUR**
- 4) Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența este..... **miholepster@gmail.com**
- 5) Numărul de telefon..... **0722.622.629**

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

Data: **27.02.2024**

Semnătura: [redacted]