

Cesionare Praxis



Domnule Președinte al CMR/ Colegiului.....

Subsemnatul (nume, prenume) CONSTANTIN AAN-MARIUS cu CNP [REDACTED] / titular al cabinetului de medicină de familie din cadrul CMI/SRE CONSTANTIN AAN-MARIUS cu sediul în CISHABIE, PIATA NOUA Nr 2, JUDEȚUL SIBIU în conformitate cu

OUG 68/2008

OMS 1322/2006,

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

Vă aduc la cunoștință următoarele:

1. Titularul/titularii dreptului de preempțiune este/sunt:.....

h. SEANTA MIHAELA

h. CAPUSAN ADRIANA

2. Adresa și numărul de telefon al titularului/ titularilor dreptului de preempțiune este/sunt

h. SEANTA MIHAELA CISHABIE, PIATA NOUA Nr 2 tel : +40741373961

h. CAPUSAN ADRIANA CISHABIE STR LUNGA Nr 16 tel 0240747095

3. Prețul de vânzare al cabinetului este..... 50.000 €

4. Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența este/sunt: CISHABIE, PIATA NOUA Nr 2, JUDEȚUL SIBIU

dr.consentimantul@gmail.com

5. Numărul de telefon..... 0723 636 447

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

Data:

26.02.2024



Președintelui Colegiului Medicilor din România/ Președintelui Colegiului Medicilor Teritorial