

C.J.C.M.A. - intrări  
Nr. 697 Data 11.3.2024

## Cerere Cesionare Praxis

Domnule Președinte al CMR/ Colegiului.....

Subsemnatul (nume, prenume).....<sup>ARCAȘ</sup> cu CNP..... titular al cabinetului de medicină de familie din cadrul CMI/SRLI.....<sup>COSMA MARCEL THEODOR</sup> cu sediul în.....<sup>PANGOSTA</sup> în conformitate cu  
STR. TUDOR VLADIMIRESCU NR 60 BL. 9A, AP 10  
OUG 68/2008

OMS 1322/2006,

vă notific intenția de vânzare/cesionare/donație a praxisului <sup>CMI' COSMA MARCEL THEODOR</sup>.....

Vă aduc la cunoștință următoarele:

- 1) Titularul/titularii dreptului de preempțiune este/sunt: <sup>1. YOLAEA NIANA ANDREEA - CMI - STOMATOLOGIE - DR. YOLAEA NIANA ANDREEA</sup>  
<sup>2. PRIMĂRIA ORAȘ PANGOSTA</sup>.....
- 2) Adresa și numărul de telefon al titularului/ titularilor dreptului de preempțiune este/sunt: <sup>1. PANGOSTA, STR. TUDOR VLADIMIRESCU NR 60, BLOC 9A, AP 11-12</sup>  
<sup>Șterchiușul de la 200.000; TELEFON 0740.043.363</sup>  
<sup>2. PANGOSTA, STRADA TUDOR VLADIMIRESCU NR 60, BLOC 9A, PRIMĂRIA ORAȘ PANGOSTA, BUCUREȘTI, ROMANIA</sup>  
<sup>TELEFON: 0254 466.679</sup>.....
- 3) Prețul de vânzare al cabinetului este..... <sup>9000 EURO</sup>.....
- 4) Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența este..... <sup>PANGOSTA, STR. TUDOR VLADIMIRESCU NR 60, BL. 9A, AP. 10, ORAȘ PANGOSTA 315600</sup>.....
- 5) Numărul de telefon..... <sup>0747 258.917</sup>.....

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

Data:

11.03.2024.

Semnătura:

Președintelui Colegiului Medicilor din România/ Președintelui Colegiului Medicilor Teritorial