

Cerere Cesionare Praxis

Domnule Președinte al CMR/ Colegiului Dambovita

Subsemnatul **VISOIU GABRIEL DENIS** cu CNP [REDACTED] titular al cabinetului de medicină de familie din cadrul SRL **CABINET MEDICAL DENIS VISOIU** cu sediul in Valea Voievozilor, strada Aurel Baranga , nr.87, judet Dambovita punct de lucru Glodeni, Judet Dambovita , în conformitate cu

**BUG 68/2008**

**OMS 1322/2006,**

vă notific intenția de vanzare a praxisului **CABINET MEDICAL DENIS VISOIU SRL**

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.....
- 4) Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența este Valea Voievozilor, strada Aurel Baranga, nr.87, judet Dambovita, mail denisvisoiu@yahoo.com.
- 5) Numărul de telefon 0724007259

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

Data:08.03.2024

Semnătura

Președintelui Colegiului Medicilor din România/ Președintelui Teritorial

