

747 Data 19.3.2024

Cerere Cesionare Praxis

Domnule Președinte al CMR/ Colegiului..... ARAD

Subsemnatul (nume, prenume) VLAD DIANA MANUELA cu CNP..... al cabinetului de medicină de familie din cadrul CMI/SRL DR. VLAD DIANA MANUELA cu sediul în INEU-STR DUNARII Nr. 7 ap. 2 în conformitate cu

OUG 68/2008

OMS 1322/2006,

vă notific intenția de vânzare/cesionare/donație a praxisului CMI DR VLAD DIANA MANUELA

Vă aduc la cunoștință următoarele:

1) Titularul/titularii dreptului de preempțiune este/sunt: CMI DR. KOVEMY EUGENIA MARIA

2) Adresa și numărul de telefon al titularului/ titularilor dreptului de preempțiune este/sunt: INEU-STR DUNARII Nr. 7 ap. 2 - jud ARAD Telefon - [redacted]

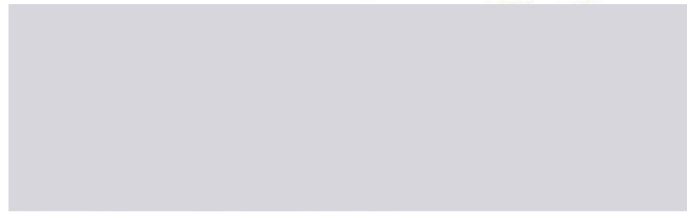
3) Prețul de vânzare al cabinetului este 50.00 EURO

4) Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența este: STR DUNARII Nr. 7 ap. 2 - INEU - cod 315300 jud ARAD

5) Numărul de telefon 0745-261240

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

Data: 19.03.2024



semnătura:

Președintelui Colegiului Medicilor din România/ Președintelui Colegiului Medicilor Teritorial