

C.I.C.M.A. - Ieșiri  
Nr. 796 Data 19.3.2024

Nr. inregistrare CMR 2730/19.03.2024

Cerere Cesionare Praxis

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

Subsemnatul (nume, prenume) VLAD DIANA MANUELA cu CNP [redacted] titular al cabinetului de medicină de familie din cadrul CMI/SRL DR. VLAD DIANA MANUELA cu sediul în INEU-STR. DUNĂRII 7 cap. 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. KOVENY EUGENIA-MARIA
- 2) Adresa și numărul de telefon al titularului/ titularilor dreptului de preempțiune este/sunt: INEU-STR. DUNĂRII Nr. 7 cap. 2 jud. ARAD - telefon - 0723-674946
- 3) Prețul de vânzare al cabinetului este..... 10.000 EURO
- 4) Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența este STR. DUNĂRII Nr. 7 cap. 2 INEU - cod 315300 jud. ARAD
- 5) Numărul de telefon..... 0745-261240

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

Data: 19-03-2024

Semnătura:

[redacted signature area]

Președintelui Colegiului Medicilor din România/ Președintelui Colegiului Medicilor Teritorial