

Cerere Cesionare Prax

[Handwritten signature]

Domnule Președinte al CMR/ Colegiului... *SIBIU*

Subsemnatul (nume, prenume) *MICHAELA MIHAI* cu CNP: *[redacted]*
cabinetului de medicină de familie din cadrul CMI/SRL *DR. MICHAELA MIHAI* cu sediul
în *TURNUL ROSU 556* 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:.....

.....
.....

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

.....
.....

3. Prețul de vânzare al cabinetului este *10.000 EURO*

4. Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența este/sunt: *SIBIU / STR. SEMAFORULUI 13 BLOC 13/SC. A / AP. 6. CARTIER VALILE ARON*

5. Numărul de telefon.. *0723/586088*

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

Data: *07.03.2024*

Semnătura: *[redacted]*

Președintelui Colegiului Medicilor din România/ Președintelui Colegiului Medicilor Teritorial

COLEGIUL MEDICILOR DIN ROMÂNIA
Consiliul Județean SIBIU
Nr. *597* data *07.03.2024*