

COLEGIUL MEDICILOR TIMIȘ
Nr. 1667 Din 18.04.2024

Cerere Cesionare Praxis

Domnule Președinte al CMR/ Colegiului.....^{TIMIȘ}

Subsemnatul (nume, prenume) GABOR VALENTINA DELIA cu CNP [redacted] titular al cabinetului de medicină de familie din cadrul CMI/SRLI S.R. GABOR DELIA cu sediul în CENȘI HRĂȘTO TIMIȘ în conformitate cu

OUG 68/2008

OMS 1322/2006,

vă notific intenția de vânzare/cesionare/donație a praxisului DE MEDICINA DE FAMILIE

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 DONAȚIE.....
- 4) Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența este GABOR VALENTINA DELIA STR. VIORELOR 18 Sc A Ap.2
- 5) Numărul de telefon 0726.24.24.25..... deliagabor@gmail.com TIMIȘDARA

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

Data: 18.04.2024

Semnătura:

[redacted signature]

Președintelui Colegiului Medicilor din România/ Președintelui Colegiului Medicilor Teritorial