



Cerere Cesionare Praxis

Domnule Președinte al CMR/ Colegiului..... PRAHOVA .

Subsemnatul (nume, prenume) POPESCU DORIN NICOLAE cu CNP. [redacted] titular al cabinetului de medicină de familie din cadrul CMI/SRII POPESCU DORIN NICOLAE în PUCHEȘTI-MARE în confromitate cu

BUG 68/2008

OMS 1322/2006,

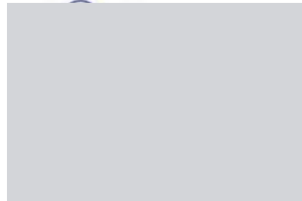
vă notific intenția de vânzare/cesionare/donație a praxisului

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.. 50.000 €
- 4) Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența este.. PUCHEȘTI-MARE, RN1, 402, PRAHOVA
- 5) Numărul de telefon.. 0721 237214

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

Data: 09.05.2024



Președintelui Colegiului Medicilor din România/ Președintelui Colegiului Medicilor Teritorial