



Cerere Cesionare Praxis

Domnule Președinte al CMR / Colegiului Medicilor Brașov

Subsemnatul (nume, prenume) Târziu Viviana Codruța cu CNP [REDACTED] titular al cabinetului de medicină de familie din cadrul CMI Dr. Târziu Viviana Codruța cu sediul în Brașov, Bdul Saturn Nr. 43, în conformitate cu

**OUG 68/2008**

**OMS 1322/2006,**

vă notific intenția de cesionare a praxisului CMI Dr. Târziu Viviana Codruța

Vă aduc la cunoștință următoarele:

- 1) Titularii dreptului de preempțiune sunt: anexați la prezenta cerere
- 2) Adresa și numărul de telefon al titularului/ titularilor dreptului de preempțiune este/sunt: Brașov, Bdul Saturn, nr. 43
- 3) Prețul de vânzare al cabinetului este 40 000 euro
- 4) Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența est Brașov, Bdul Saturn, nr. 43 email: tarziuv@yahoo.com
- 5) Numărul de telefon 0745047467

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

Data:

Semnătura:

Președintelui Colegiului Medicilor din România/ Președintelui Colegiului Medicilor Teritorial