

Cerere Cesionare Praxis

COLEGIUL MEDICILOR BRAȘOV
Secretariat
C.F. 9770925
P-la Statutului 27

480/21.05.2024

Domnule Președinte al CMR/ Colegiului Medicilor Brasov

Subsemnatul (nume, prenume) POPEȘCU MIHAI cu CNP [redacted] titular al cabinetului de medicină de familie din cadrul CMI/SRL/ CMMF DR POPEȘCU MIHAI cu sediul în BRAȘOV în conformitate cu st. 14 P.1 OR GA.

OUG 68/2008

OMS 1322/2006,

vă notific intenția de vânzare/cesionare/donație a praxisului CMMF DR POPEȘCU MIHAI
Vă aduc la cunoștință următoarele:

1) Titularul/titularii dreptului de preempțiune este/sunt:.....
NEB. NETSO

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

3) Prețul de vânzare al cabinetului este..... negociabil 20 000 €

4) Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența este... st. MOLIDULUI NR 19 Bl B 31 ap 25 BRAȘOV

5) Numărul de telefon... 0723 60 95 47

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

Data: 21.05.2024

Sem: [redacted]

Președintelui Colegiului Medicilor din România/ Președintelui Colegiului Medicilor Teritorial Brasov