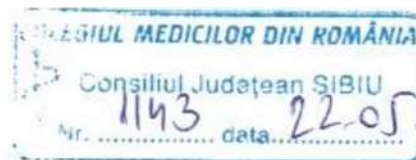


Cerere Cesionare Praxis



Domnule Președinte al CMR/ Colegiului.....

Subsemnatul (nume, prenume) CÂMPEANU SIMONA cu CNP. [REDACTED] al cabinetului de medicină de familie din cadrul CMI/SRL DR. CÂMPEANU cu sediul în Sibiu în conformitate cu

UG 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

Sibiu str. IERER Bl 1 ap 33
tel 0722492689

3. Prețul de vânzare al cabinetului este 70.000 Euro -

4. Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența este/sunt: Sibiu str. IERER Bl 1 ap 33

5. Numărul de telefon tel 0722492689

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

Data:

22 mai 2024

Președintelui Colegiului Medicilor din România/ Președintelui Colegiului Medicilor Teritorial