

Cerere Cesionare Praxis

Domnule Președinte al CMR/ Colegiului... BUCUREȘTI

Subsemnatul (nume, prenume)..... SCHUSTER ALICE-ATENA cu CNP..... [redacted] titular al
 cabinetului de medicină de familie din cadrul CMI/SRI/..... DR. SCHUSTER ALICE-ATENA cu sediul
 în..... CALEA DODEȘTI NR. 104-122, SECTOR 3, BUCUREȘTI în conformitate cu

OUG 68/2008 OMS 1322/2006,

vă notific intenția de vânzare/cesionare/donație a praxisului CMI DR. SCHUSTER ALICE-ATENA
MEDICINA DE FAMILIE

Vă aduc la cunoștință următoarele:

- 1) Titularul/titularii dreptului de preempțiune este/sunt.....
DR. SCHUSTER ANDREEA MEDIC SPECIALIST MEDICINA DE FAMILIE.
- 2) Adresa și numărul de telefon al titularului/ titularilor dreptului de preempțiune este/sunt:
 [redacted]
- 3) Prețul de vânzare al cabinetului este.....
- 4) Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența este..... emi.schusteralice@yahoo.com.....
- 5) Numărul de telefon..... 0744200185 / 0735012284

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

Data:

10.06.2024

Semnătură:

[redacted]

Președintelui Colegiului Medicilor din România/ Președintelui Colegiului Medicilor
 Teritorial