

COLEGIUL MEDICILOR BRAȘOV  
Secretariat  
C.F. 9770925  
P-ta Sfatului 27

DBB/26 06 2024

Cerere Cesionare Praxis

Domnule Președinte al CMR/ Colegiului Brașov

Subsemnatul (nume, prenume) TARZIV ALEXANDRU NIKOLAE cu CNP [redacted] ular al  
cabinetului de medicină de familie din cadrul CMI/SRL/ DR. TARZIV ALEXANDRU NIKOLAE  
în Școala Str. Tudor Vladimirescu, Brașov în comunitate cu

**OUG 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..... 25000 .....

4) Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența  
este. [redacted] .....

5) Numărul de telefon..... 0722637288 ..... email: catina.ditarziv@gmail.com

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

Data: 20.06.2024

Semnăt [redacted]

Președinte [redacted] Medicilor din România/ Președintelui Colegiului  
Medicilor Teritorial