

C.J.C.M.A. - Intrări
Nr. 1081. Data 31.5.2024

Cerere Cesionare Praxis

Domnule Președinte al CMR/ Colegiului..... ARAD

Subsemnatul (nume, prenume)..... TOFAN SANDA - BIARZA [redacted] cu CNP..... titular al cabinetului de medicină de familie din cadrul CMI/SRL/..... SC CENTRUL MEDICAL TOFAN SRL..... cu sediul în..... ARAD str. L. REBREANU Nr. 26, cp. 2..... în conformitate cu

OUG 68/2008

OMS 1322/2006,

vă notific intenția de vânzare/cesionare/donație a praxisului S.C. CENTRUL MEDICAL TOFAN SRL

Vă aduc la cunoștință următoarele:

- 1) Titularul/titularii dreptului de preempțiune este/sunt:..... DR. BOROS O. RADO
- 2) Adresa și numărul de telefon al titularului/ titularilor dreptului de preempțiune este/sunt: ARAD, L. Rebreanu, Nr. 26, cp. 3
Tel: 0741-140800, email = dr.boros@yahoo.com
- 3) Prețul de vânzare al cabinetului este..... 85.000€
- 4) Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența este..... ARAD, L. Rebreanu, Nr. 26, cp. 2
- 5) Numărul de telefon..... 0741-115527

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

Data:

31.05.2024

Președintelui Colegiului Medicilor din România/ Președintelui Colegiului Medicilor Teritorial