

Cerere Cesionare/Vanzare Praxis

Domnule Președinte al Colegiului Medicilor Iasi

Subsemnatul (nume, prenume) Buiuc Doina-Ecaterina, cu CNP 2520128227849 titular al

cabinetului de medicină de familie din cadrul CMI Dr. Buiuc Doina-Ecaterina, cu sediul

în Localitatea Helesteni, Comuna Helesteni, Jud. Iasi, în conformitate cu

*OUG 68/2008*

*OMS 1322/2006*,

vă notific intenția de vânzare a praxisului C.M.I. Dr. Buiuc Doina-Ecaterina

Vă aduc la cunoștință următoarele:

- 1) Titularul/titularii dreptului de preempțiune este Dr. Buiuc Doina-Ecaterina
- 2) Adresa și numărul de telefon al titularului/ titularilor dreptului de preempțiune este: Pascani, , telefon 0761148567
- 3) Prețul de vânzare al praxisului este de 20.000 euro
- 4) Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența este , e-mail: buiuc.doina@yahoo.com
- 5) Numărul de telefon 0761148567

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

Data:

24.07.2024

Semnătura:

Președintelui Colegiului Medicilor din România/ Președintelui Colegiului Medicilor Teritorial