

Cerere Cesionare Praxis



De acord

Domnule Președinte al CMR/ Colegiului *SIBIU*

Subsemnatul (nume, prenume) *SOLOMON IONU* cu CNP *[redacted]* al cabinetului de medicină de familie din cadrul CMI *[redacted]* cu sediul în *SIBIU, Str. Luiza 61/2* în conformitate cu

OUG 68/2008

OMS 1322/2006,

vă notific intenția de vânzare/cesiunare/donație a praxisului *CMI DR SOLOMON IONU*

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... *32.000 EUR*

4. Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența este/sunt: *Dr. Solomon Ionu@yahoo.com*

5. Numărul de telefon... *0742015414*.....

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

Data: *8.08.2024*

Semnătura:

Președintelui Colegiului Medicilor din România/ Președintelui Colegiului Medicilor Teritorial