



Cerere Cesionare Praxis

Domnule Președinte al CMR/ Colegiului.....

Subsemnatul (nume, prenume) IANA SEVER-CRISTIAN cu CNP [redacted] titular al cabinetului de medicină de familie din cadrul CMI/SRL/ IANA SEVER-CRISTIAN cu sediul în București în conformitate cu

OUG 68/2008

OMS 1322/2006,

vă notific intenția de vânzare/cesionare/donație a praxisului CMI DR. IANA SEVER CRISTIAN

Vă aduc la cunoștință următoarele:

- 1) Titularul/titularii dreptului de preempțiune este/sunt:.....
DR. IANA SEVER-CRISTIAN
- 2) Adresa și numărul de telefon al titularului/ titularilor dreptului de preempțiune este/sunt:
Str. Măli Borezob nr. 47
București Sc [redacted] 0723 242 339
- 3) Prețul de vânzare al cabinetului este.....
- 4) Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența este... ianacristian@yahoo.com
- 5) Numărul de telefon... 0723 242 339

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

Data:

28.08.2024

[redacted] nătura:

Președintelui Colegiului Medicilor din România/ Președintelui Colegiului Medicilor Teritorial