

Cerere Cesionare Praxis

Domnule Președinte al CMR

Subsemnatul (nume, prenume) **SIMION ION**, cu CNP [REDACTED] titular al cabinetului de medicină de familie din cadrul **SRL S.C. DOKSIM PANDELE SRL**, cu sediul com. Vulcana Pandele, str. Calea Branesti nr. 96, jud. Dambovita, în conformitate cu **OMS 1322/2006**, vă notific intenția de donație a praxisului S.C. DOKSIM PANDELE SRL

Vă aduc la cunoștință următoarele:

- 1) Titularii dreptului de preempțiune este/sunt – **nu este cazul**
- 2) Adresa și numărul de telefon al titularilor dreptului de preempțiune sunt: - **nu este cazul**
- 3) Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența este:

Email: ionsimion23@yahoo.com

- 4) Numărul de telefon: **0745048899**

Având în vedere cele menționate vă solicit eliberearea avederinței necesare cesionării praxisului.

Data: 22.10.2024

Semnătura:

Președintelui Colegiului Medicilor din România

SIMION
ION Digitally signed
by SIMION ION
Date: 2024.10.24
12:33:50 +03'00'