

*De refuzat*

Cerere Cesionare Praxis

COLEGIUL MEDICILOR DIN ROMANIA  
Consiliul Județean SIBIU  
Nr. 1615 data 21.08.2024

Domnule Președinte al CMR/ Colegiului.....

Subsemnatul (nume, prenume) *PREȘAN GABRIELA* CNP= [redacted] al cabinetului de medicină de familie din cadrul CMI/SRL *CHI DR. CRESTAU* cu sediul în *APONIA DE JAL* în conformitate cu

OUG 68/2008

OMS 1322/2006,

vă notific intenția de vânzare/cesionare/donație a praxisului *CHI DR. CRESTAU GABRIELA*

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

*nr. mobil: 0733086871*  
*COM. SEZIMBAR STR. DOAKANA ITRUCA NR. 32/90617, S.C.A.*

3. Prețul de vânzare al cabinetului este... *13.000 euro*

4. Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența este/sunt: *STR. DOAKANA ITRUCA NR. 32/90617, S.C.A.*

*COM. SEZIMBAR*

5. Numărul de telefon... *0733086871*

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

Data: *21.08.2024*



Președintelui Colegiului Medicilor din România/ Președintelui Colegiului Medicilor Teritorial