

Cerere Cesionare Praxis

Domnule Președinte al CMR/ Colegiului... *BOTOSANI*

Subsemnatul (nume, prenume) *PASOL DOINA CAMELIA* cu CNP *[REDACTED]* titular al cabinetului de medicină de familie din cadrul CMI/SRE *NR PASOL DOINA CAMELIA* în *BOTOSANI PRIMĂVERII NR 9* în conformitate cu

OUG 68/2008

OMS 1322/2006,

vă notific intenția de vânzare/cesionare/donație a praxisului

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:
STR. PRIMĂVERII NR 9 BOTOSANI PARTER
- 3) Prețul de vânzare al cabinetului este... *NEGOCIABIL*
- 4) Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența este... *cameliaspasol@yahoo.com*
- 5) Numărul de telefon... *0744683641*

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

Data: *25.10.2024*

Semnătura:

*Domnului Președinte al
Colegiului Medicilor din
România / Președintelui
Colegiului Medicilor
Județean*