

COLEGIUL MEDICILOR BRAȘOV
Secretariat
C.F. 9770925
P-ța Sfatului 27

937 / 06 XI 2024

Cerere Cesionare Praxis

Domnule Președinte al CMR/ Colegiului MEDICILOR BRAȘOV

Subsemnatul DR. CSIKI DIONISIE (nume, CSIKI prenume, DIONISIE).....cu
CNP. [redacted] ar al cabinetului de medicină de familie din cadrul
CMI/SRL AL. CSIKI DIONISIE.....cu
PARVENI - DR. SENCHEA SA..... în conformitate cu
sediul

OUG 68/2008

OMS 1322/2006,

vă notific intenția de vânzare/cesionare/donație a praxisului CMMF DR. CSIKI DIONISIE

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 NEGOCIABIL
- 4) Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența este csiki.dionisie@yahoo.com
- 5) Numărul de telefon 0745.039.448

Având în vedere cele menționate vă solicit eliberarea adeverinței necesare vânzării/cesionării praxisului.

Data: 06.11.2024

Semnătura: [redacted]

Președintelui Colegiului Medicilor din România/ Președintelui Colegiului Medicilor Teritorial