

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

038/06 XI 2024

Cerere Cesionare Praxis

Domnule Președinte al CMR/ Colegiului MEDICILOR BRAȘOV

Subsemnatul DR. (nume CSIKI prenume) ANA.....cu
CNP: [redacted] titular al cabinetului de medicină de familie din cadrul
CMI/SRLI DR. CSIKI ANA.....cu
în FĂRMEȘTI - DR. 15 CĂMINA NR 61.....sediul
în conformitate cu

OUG 68/2008

OMS 1322/2006.

vă notific intenția de vânzare/cesionare/donație a praxisului CMR DR. CSIKI ANA

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... ana.csiki@yahoo.com.....
- 5) Numărul de telefon... 0745 839 280

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