

COLEGIUL MEDICILOR DIN MUNICIPIUL BUCUREȘTI	
INTRARE	NR.: 12431
IEȘIRE	
Ziua 13	Luna 12 Anul 2024

Cerere Cesionare Praxis

Domnule Președinte al CMR/Colegiului Medicilor București,

Subsemnata **Dr. Ioana Florian**, identificata cu [REDACTED]  
eliberata la data de [REDACTED], medic specialist  
medicină de familie titular al cabinetului de medicină de familie din cadrul CENTRUL  
MEDICAL PLATINUM SRL cu sediul în București, sector 3, str. Sfânta Vineri, nr. 29, corp B,  
parter în conformitate cu Ordinul 1322/2006 privind aprobarea normelor de stabilire a criteriilor  
și metodologiei de preluare a activității unui praxis existent

Vă notific intenția de cesiune a praxisului de medicina de familie.

Vă aduc la cunoștință următoarele:

- 1) Titularul/titularii dreptului de preempțiune este/sunt: NU EXISTĂ
- 2) Adresa și numărul de telefon al titularului/titularilor dreptului de preempțiune este/sunt:  
NU EXISTĂ
- 3) Prețul de vânzare al cabinetului este NU ESTE APLICABIL
- 4) Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența este  
ioana.florian@affidea.com
- 5) Numărul de telefon 0724255153

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

Data: 13.12.2024

[REDACTED]

Președintelui Colegiului Medicilor din România/Președintelui Colegiului Medicilor din  
București.