

COLEGIUL MEDICILOR DIN MUNICIPIUL BUCUREȘTI	
INTRARE	NR.: 12435
IEȘIRE	
Ziua 13	Luna 12 Anul 2024

Cerere Cesionare Praxis

Domnule Președinte al CMR/ Colegiului.....

Subsemnatul (nume, prenume) SAȘAU LUCIAN DAN [redacted] cu CNP [redacted] titular al cabinetului de medicină de familie din cadrul CMI/SRL PULSAB CABINET MEDICINA SRL în BUCUREȘTI 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: S.C. PULSAB CABINET MEDICINA DE FAMILIE SRL
- 2) Adresa și numărul de telefon al titularului/ titularilor dreptului de preempțiune este/sunt: BUCUREȘTI, SECTOR 6 STR. BRĂDULUI 16 AP. 9, TEL: 0722 571 444
- 3) Prețul de vânzare al cabinetului este.....
- 4) Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența este [redacted]
- 5) Numărul de telefon... 0722 571 444

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

Data:

13.12.2024

Președintelui Colegiului Medicilor din România/ Președintelui Colegiului Medicilor Teritorial [redacted]