

## Cerere Cesionare Praxis

Domnule Președinte al CMR/ Colegiului... ARAD

Subsemnatul (nume, prenume) URSUȚA ROȘANU ANA cu CNP [REDACTED]  
 cabinetului de medicină de familie din cadrul CMI/SRL AR URSUȚA ROȘANU  
 în ARAD Str. COZIA Nr 4 B în confruntare cu

OUG 68/2008 OMS 1322/2006, 

vă notific intenția de vânzare/cesionare/donație a praxisului CMI AR URSUȚA ROȘANU

Vă aduc la cunoștință următoarele:

- 1) Titularul/titularii dreptului de preempțiune este/sunt: CMI ANITA COROȘANU - Fe.Nr
- 2) Adresa și numărul de telefon al titularului/ titularilor dreptului de preempțiune este/sunt: ARAD Str COZIA Nr 4 B
- 3) Prețul de vânzare al cabinetului este 10.000 lei
- 4) Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența este: ursoaruana.ro@yahoo.com
- 5) Numărul de telefon 0744767282

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

Data:

27.01.2025

ura:

Președintelui Colegiului Medicilor din România/ Președintelui Colegiului Medicilor Teritorial