



Cerere Cesionare Praxis

Domnule Președinte al CMR/ Colegiului... **SIBIU**

Subsemnatul (nume, prenume) **BORLEA PAULA - DORINA** cu CNP [redacted] titular al cabinetului de medicină de familie din cadrul CMI/SRL **DF. DR. BORLEA PAULA - DORINA** cu sediul în **com. Blăjeștii Noi, Str. Vlad Dracul nr. 113 jud. Sibiu** în conformitate cu

OUG 68/2008

OMS 1322/2006,

vă notific intenția de vânzare/cesionare/donare a praxisului **vânzare**

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 **13.500 EURO**

4. Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența este/sunt: **com. Blăjeștii Noi, Str. Vlad Dracul nr. 113 jud. Sibiu e-mail: borleapaula@ yahoo.ro**

5. Numărul de telefon **0784604392**

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

Data: **17.01.2025**

Președintelui Colegiului Medicilor din România/ Președintelui Colegiului Medicilor Teritorial