

S.C.M.A. - leșiri  
 Nr. 95 Data 14.1.2025

Cerere Cesionare Praxis

Domnule Președinte al CMR/ Colegiului.....

Subsemnatul (nume, prenume) WPAȘ GHETIOANU cu CNP. [REDACTED] medic al cabinetului de medicină de familie din cadrul CMI/SRL/ BY WPAS cu sediul în Orștiea în conformitate cu

OUG 68/2008

OMS 1322/2006,

vă notific intenția de vânzare/cesionare/donație a praxisului CMI BY WPAS

Vă aduc la cunoștință următoarele:

- 1) Titularul/titularii dreptului de preempțiune este/sunt: ANEX AT
- 2) Adresa și numărul de telefon al titularului/ titularilor dreptului de preempțiune este/sunt: ANEX AT
- 3) Prețul de vânzare al cabinetului este 65 000 EURO
- 4) Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența este CMI BY WPAS Orștiea Strada 49-51
- 5) Numărul de telefon 0245/621133 luprasghe@yabank.com

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

Data: 13 01 2025

Semnătura:

[REDACTED SIGNATURE]

Președintelui Colegiului Medicilor din România/ Președintelui Colegiului Medicilor Teritorial