

Cerere Cesionare Praxis

Domnule Președinte al CMR/ Colegiului.....

Subsemnatul (nume, prenume)..... **TUFA IOAN DANUȚ** cu CNP..... titular al  
cabinetului de medicină de familie din cadrul **CAB. MED. DR. TUFA SRL** CMI/SRL/..... cu sediul  
în **PANCIUȚEȘTI**..... în conformitate cu  
**OUG 68/2008**   
**OMS 1322/2006**,   
vă notific intenția de vânzare/cesionare/donație a praxisului **CAB. MED. DR. TUFA SRL**

Vă aduc la cunoștință următoarele:

- 1) Titularul/titularii dreptului de preempțiune este/sunt:.....  
..... **DR. TUFA IOAN DANUȚ** .....
- 2) Adresa și numărul de telefon al titularului/ titularilor dreptului de preempțiune este/sunt:.....  
..... **PANCIUȚEȘTI** .....  
..... **0722237116** .....
- 3) Prețul de vânzare al cabinetului este. **120.000 €**
- 4) Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența este.....  
.....
- 5) Numărul de telefon. **0722237116**.....

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

Data: **11 II 2025**

Președintelui Colegiului Medicilor din România/ Președintelui Colegiului Medicilor Teritorial