

Cerere Cesionare Praxis

Domnule Președinte al CMR/ Colegiului..... *Medicilor România*

Subsemnatul (nume, prenume) *SLATE MARIA* cu CNP. [redacted] titular al cabinetului de medicină de familie din cadrul CMI/SRL/ *SLATE MARIA* cu sediul în *MUN. IBA, BLVD. NOBOR UL. A. 19/1 RESCU 75.* în conformitate cu

OUG 68/2008 OMS 1322/2006, vă notific intenția de vânzare/cesionare/donație a praxisului *CMI/ DR SLATE MARIA*

Vă aduc la cunoștință următoarele:

- 1) Titularul/titularii dreptului de preempțiune este/sunt:.....
*DR. TETIA TEODORA - MEDIC
 ANEA IOS.*
- 2) Adresa și numărul de telefon al titularului/ titularilor dreptului de preempțiune este/sunt: [redacted]
- 3) Prețul de vânzare al cabinetului este *20.000 €*
- 4) Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența este.....
dr. slatemarkia@yahoo.com
- 5) Numărul de telefon... *0747795094*

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

Data:

19.02.2025

Președintelui Colegiului Medicilor din România/ Președintelui Colegiului Medicilor Teritorial *PROF. DR. CATALINA POANA*