

COLEGIUL MEDICILOR BRAȘOV
Secretariat
C.F. 9770925
P-ta Sfatului 27

Cerere Cesionare Praxis

164/04 03 2025

Domnule Președinte al CMR/ Colegiului BRAȘOV

Subsemnatul (nume, prenume) **ENE MARIANA** cu CNP [redacted] titular al cabinetului de medicină de familie din cadrul **CMI/SRL/ CMMF Dr. ENE MARIANA** cu sediul în: **Brașov, Calea București Nr. 308, jud. Brașov** în conformitate cu

OUG 68/2008 ☐

OMS 1322/2006, ☒

vă notific intenția de **vânzare/cesionare/donație** a praxisului **CMMF Dr. ENE MARIANA** începând cu data de **01.07.2025**

Vă aduc la cunoștință următoarele:

1. Titularul/titularii dreptului de preempțiune este/sunt: **Dr. Răuția Manuela**
2. Adresa și numărul de telefon al titularului/ titularilor dreptului de preempțiune este/sunt: [redacted]
3. Prețul de vânzare al cabinetului este confidențial....
4. Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența este/sunt: Brașov, B-DUL MUNCII, Nr. 2, Bl. E19, Sc. D, Ap. 2, Jud. Brașov, e-mail: mari_anaene@yahoo.com
5. Numărul de telefon: 0745768550

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

Data: 04.03.2025

Semnă

Președintelui Colegiului Medicilor din România/ Președintelui Colegiului Medicilor Teritorial