

Cerere Cesionare Praxis



Domnule Președinte al CMR/ Colegiului SIBIU

Subsemnatul (nume, prenume) DR. ORTAN MARIANA cu CNP [redacted] titular al cabinetului de medicină de familie din cadrul CMI/SRL DR. ORTAN M. cu sediul în RASINARI în conformitate cu

OUG 68/2008

OMS 1322/2006,

vă notific intenția de vânzare/cesionare/donație a praxisului CMI DR. ORTAN MARIANA

Vă aduc la cunoștință următoarele:

1. Titularul/titularii dreptului de preempțiune este/sunt:

CABINET MEDICAL DR. GARBULEA MARIANA

2. Adresa și numărul de telefon al titularului/ titularilor dreptului de preempțiune este/sunt:

RASINARI 133 STR. O. GOGA

Tel. [redacted]

3. Prețul de vânzare al cabinetului este... 10.000.000

4. Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența este/sunt: [redacted]

5. Numărul de telefon... 0745 373535

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

Data: 12.03.2025



Președintelui Colegiului Medicilor din România/ Președintelui Colegiului Medicilor Teritorial