

Cerere Cesionare Praxis

Domnule Președinte al CMR/ Colegiului București

Subsemnatul (nume, prenume) OPREA IOAN SERBAN cu CNP [REDACTED]
titular al cabinetului de medicină de familie din cadrul CMI/SRL/ SC ANIMA
SPECIALITY MEDICAL SERVICES SRL cu sediul

în BUCUREȘTI în conformitate cu

OUG 68/2008 ☐

OMS 1322/2006, ☒

vă notific intenția de vânzare/cesionare/donăție a praxisului OPREA IOAN
SERBAN.

Vă aduc la cunoștință următoarele:

- 1) Titularul/titularii dreptului de preempțiune este/sunt:
SC ANIMA SPECIALITY MEDICAL SERVICES SRL
- 2) Adresa și numărul de telefon al titularului/ titularilor dreptului de preempțiune
este/sunt: BD IULIU MANIU, NR 220C, 0755503492.
- 3) Prețul de vânzare al cabinetului este.....-.....
- 4) Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența este
SIMONA.POETASU@SFM.RO
- 5) Numărul de telefon 0755503492

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

Data:

29.04.2025

Semnătura:

[REDACTED]

Președintelui Colegiului Medicilor din România/ Președintelui Colegiului Medicilor
Teritorial