

Cerere Cesionare Praxis

Domnule Președinte al CMR/ Colegiului..... *SIBIU*

Subsemnatul (nume, prenume)..... *MORAR ROSICA ELENA* cu CNP..... titular al
cabinetului de medicină de familie din cadrul CMI/SRLI..... *Dr. MORAR ROSICA* cu sediul
în..... *CISNAŢE STR. CINDRELEI 47* în conformitate cu

OUG 68/2008 .

OMS 1322/2006,

vă notific intenția de vânzare/cesionare/donație a praxisului..... *CII DA MORAR ROSICA*

Vă aduc la cunoștință următoarele:

1. Titularul/titularii dreptului de preempțiune este/sunt:..... *LESANDRA MIHAELA, CINDICĂ
LORE BANA, LOMATA ȘAN SIMONA,*

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

3. Prețul de vânzare al cabinetului este..... *30.000 €*

4. Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența este/sunt:..... *CISNAŢE STR CINDRELEI 47*

5. Numărul de telefon..... *0741028505*

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

Data:

8. IV 2025

Președintelui Colegiului Medicilor din România/ Președintelui Colegiului Medicilor Teritorial

