



Cerere Cesionare Praxis

Domnule Președinte al CMR/ Colegiului... Sibiu

Subsemnatul (nume, prenume) SĂRBU GABRIELA VIOLETA cu CNP [redacted] titular al
cabinetului de medicină de familie din cadrul CMI/SRE/ SĂRBU GABRIELA VIOLETA cu sediul
în Medișii Să. Bătrâni Nr. 1 Bl. 55 Sc B Ap 3 în conformitate cu

OUG 68/2008 ☐OMS 1322/2006, ☐

vă notific intenția de vânzare/cesionare/donație a praxisului CMI NR SĂRBU GABRIELA VIOLETA
Vă aduc la cunoștință următoarele:

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

Nu este cazul

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

3. Prețul de vânzare al cabinetului este 0 lei4. Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența este/sunt: MEDIȘII SĂ. BĂTRÂNI NR. 1 BL. 55 SC B AP 35. Numărul de telefon 0746 115290

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

Data:

12.05.2025

Semnătura:

Președintelui Colegiului Medicilor din România/ Președintelui Colegiului Medicilor
Teritorial

Se trimis la Colegiul Național