

Cerere Cesionare Praxis

COLEGIUL MEDICILOR din ROMANIA
Nr. înregistrare 763
Data 08.05.2025.

Domnule Președinte al CMR/ Colegiului..... PRAHOVA

Subsemnatul (nume, prenume) VLASESCU U'GIA ADRIANA [redacted] titular al
cabinetului de medicină de familie din cadrul CMI/SRL/ DR. VLASESCU U'GIA ADRIANA
în PLIEȘTI, Str. PICTOR IONUTU NR 6 cu sediul
în..... în conformitate cu

OUG 68/2008 ☐OMS 1322/2006, ☒

vă notific intenția de vânzare/cesionare/donație a praxisului DR. VLASESCU U'GIA ADRIANA

Vă aduc la cunoștință următoarele:

1) Titularul/titularii dreptului de preempțiune este/sunt;.....

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

PLIEȘTI, Str. PICTOR IONUTU NR 6
TELEFON: 0244573486

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

4) Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența este.....

5) Numărul de telefon..... 0766489038 / viaa - drog licesu G. yohov. am.

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

Data:

08.05.2025.

Președintelui Colegiului Medicilor din România/ Președintelui Colegiului Medicilor
Teritorial