

Cerere Cesionare Praxis

Domnule Președinte al CMR/ Colegiului Galați

Subsemnatul DR. CHINAN ANTON cu CNP [REDACTED] titular al
cabinetului de medicină de familie din cadrul CMI DR. CHINAN ANTON cu sediul
în GALAȚI, strada Saturn, nr. 18, în conformitate cu

OUG 68/2008 [REDACTED]

OMS 1322/2006, [REDACTED]

vă notific intenția de vânzare/~~cesionare~~/~~donăție~~ a praxisului din GALAȚI, strada
Saturn nr.18

Vă aduc la cunoștință următoarele:

- 1) Titularul/titularii dreptului de preempțiune este/sunt:.....
N/A.....
- 2) Adresa și numărul de telefon al titularului/ titularilor dreptului de preempțiune
este/sunt:
N/A.....
- 3) Prețul de vânzare al cabinetului este CONFIDENȚIAL
- 4) Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența este
CMI DR. CHINAN ANTON, GALAȚI, strada Saturn, nr.18
e-mail: chinan.anton@yahoo.com
- 5) Numărul de telefon 0722.544.834

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

Data: 12.05.2025

Semnătura: [REDACTED]

Președintelui Colegiului Medicilor din România/ Președintelui Colegiului Medicilor
Teritorial