

Cerere Cesionare Praxis

Domnule Președinte al CMR/ Colegiului SLATINA - OLT

Subsemnatul (nume, prenume) DIACONU LUDMILA cu CNP [REDACTED] ar al
cabinetului de medicină de familie din cadrul CMI/SRL DIACONU LUDMILA cu sediul
în BALS, STR. N. BĂLCESCU 121 în conformitate cu

OUG 68/2008 ☐

OMS 1322/2006, ☒

vă notific intenția de vânzare/ceșionare/donație a praxisului CMI DIACONU LUDMILA

Vă aduc la cunoștință următoarele:

- 1) Titularul/titularii dreptului de preempțiune este/sunt:.....
NU E CAZUL
- 2) Adresa și numărul de telefon al titularului/ titularilor dreptului de
preempțiune este/sunt: Bals, str. N. BĂLCESCU 121 - jud. OLT
TELEF 0721214965
- 3) Prețul de vânzare al cabinetului este.....
- 4) Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența
este..... BALS, STR. N. BĂLCESCU 121 - jud. OLT
- 5) Numărul de telefon..... 0721214965

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

Data: 30.05.2025

Semnătura: DIACONU LUDMILA

Președintei Colegiului Medicilor din România /
Președintei Colegiului Medicilor Teritorial