

Cerere Cesionare Praxis

Domnule Președinte al CMR/ Colegiului...Iași.....

Subsemnatul (nume, prenume)...**Dr. Gavrilă Constantin**...cu CNP
[redacted] titular al cabinetului de medicină de familie din cadrul
CMI/SRL/...**CMI Dr. Gavrilă Constantin**.....cu sediul în...**Iași, Str. Șos. Arcu,**
Nr. 53-55, Bl. T12, Sc. B, Parter, Ap. 4...în conformitate cu

OUG 68/2008 ☐

OMS 1322/2006, ☒

vă notific intenția de vânzare/~~cesionare~~/~~donatie~~ a praxisului

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:
.....-.....
.....
- 3) Prețul de vânzare al cabinetului este...**25.000 €**.....
- 4) Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența
este.../email:**dr.cgavrila@yahoo.com**.....
.....
- 5) Numărul de telefon...**0741097717**.....

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

Data: 09.05.2025

Semnătura:

[redacted]