

Cerere Cesionare Praxis

Domnule Președinte al CMR/ Colegiului..... *MEDICION DIU ROMANIA*

Subsemnatul (nume, prenume)..... *MANITA VIOLETA*cu CNP..... *STELA*titular al cabinetului de medicină de familie din cadrul CMI/SRL/..... *MEDICUL TĂU VIOLETA MANITA*cu sediul în *BUCUREȘTI*..... *STRADA FLORINAR*.....confromitate cu *MANITA VIOLETA*

OUG 68/2008 ☐

OMS 1322/2006, ☒

vă notific intenția de vânzare/cesionare/donație 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. *35.000 €*.....
- 4) Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența este. *violeta.manita @ contabilulbun.ro*.....
- 5) Numărul de telefon. *0745769284 / 0757883885*.....

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

Data:

28.05.2021

Semnătura:

[Redacted Signature]

Președintelui Colegiului Medicilor din România/ Președintelui Colegiului Medicilor Teritorial