

Cerere Cesionare Praxis

Domnule Președinte al CMR (Colegiului *Medicilor din România*)

Subsemnatul (nume, prenume) *dr. NICOLAESCU MARIANA* cu CNP. [REDACTED] al cabinetului de medicină de familie din cadrul CMI/SRL *NICOLAESCU MARIANA* cu sediul în *BALS - str. N. Bălcăuș* în confromitate cu

OUG 68/2008 ☐

OMS 1322/2006, ☒

vă notific intenția de vânzare/cesionare/donație a praxisului *CMI NICOLAESCU MARIANA*

Vă aduc la cunoștință următoarele:

- 1) Titularul/titularii dreptului de preempțiune este/sunt: *Nu există*
- 2) Adresa și numărul de telefon al titularului/ titularilor dreptului de preempțiune este/sunt: *Nu este cazul*
- 3) Prețul de vânzare al cabinetului este *confidențial*
- 4) Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența este *mx d_20@yahoo.com*
- 5) Numărul de telefon *0722753933*

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

Data:

9.5.2025

Semnătura:

[REDACTED]

Președintelui Colegiului Medicilor din România/ Președintelui Colegiului Medicilor Teritorial