



Cerere Cesionare Praxis

Domnule Președinte al CMR/ Colegiului... SIBIU

Subsemnatul (nume, prenume) Basca Rodica Carmen cu CNP [REDACTED] titular al cabinetului de medicină de familie din cadrul CMI/SRL/ ME.DR BASCA [REDACTED] cu sediul în SIBIU, str. N.Iorga, nr.50, RODICA CARMEN în conformitate cu

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:.....

Dr. Picu Ana Olimpia

2. Adresa și numărul de telefon al titularului/ titularilor dreptului de preempțiune este/sunt

Sibiu, str. N. Iorga, nr.50, ap. 7 - Tel. 0269 44 24 60

3. Prețul de vânzare al cabinetului este... 30.000 Euro

4. Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența este/sunt:

SIBIU, str. N.Iorga nr. 50, ap. 7

5. Numărul de telefon..... 0774 605 667

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

Data:

26.05.2025

Semnătură:



Președintelui Colegiului Medicilor din România/ Președintelui Colegiului Medicilor Teritorial

Se aflat
Se trimis la CM București