

Cerere Cesionare Praxis

Domnule Președinte al CMR/ Colegiului Medicilor din România

Subsemnatul (nume, prenume) **Nicoară Mihaela** cu CNP [REDACTED] titular al cabinetului de medicină de familie din cadrul **CMI Dr. Nicoară Mihaela** cu sediul în Timișoara, Piața Crucii 7, **sediul secundar în Fibiș 39**, în conformitate cu

OUG 68/2008 ☒

OMS 1322/2006, ☐

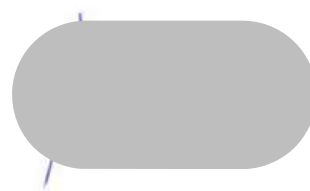
vă notific intenția de vânzare/cesionare/donație a **sediului secundar din Fibiș 39**.

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... **3500 Euro**
- 4) Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența este:
mahaela12@yahoo.com
- 5) Numărul de telefon: **0744 86 09 11**

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

Data: **16**.05.2025



Președintelui Colegiului Medicilor din România/ Președintelui Colegiului Medicilor Teritorial