



Cerere Cesionare Praxis

Domnule Președinte al CMR/ Colegiului... PRAHOVA

Subsemnatul (nume, prenume) GAVRILESCU DAN ^{NECEBAI} cu CNP [redacted] ar al
cabinetului de medicină de familie din cadrul CMI/SRL/ DR. GAVRILESCU cu sediul
în CÂMPINA - CALEA DOFTANEI 145 în confromitate cu

OUG 68/2008 ☐OMS 1322/2006, ☒vă notific intenția de vânzare/cesionare/donație a praxisului CABINETULUI MEDICINĂ DE FAMILIE

Vă aduc la cunoștință următoarele:

- 1) Titularul/titularii dreptului de preempțiune este/sunt:.....
DR. TALEANU MADALINA
DR. SURCELEA ADELINA
- 2) Adresa și numărul de telefon al titularului/ titularilor dreptului de preempțiune este/sunt:.....
CÂMPINA - CALEA DOFTANEI 145
CÂMPINA - CALEA DOFTANEI 145 - [redacted]
- 3) Prețul de vânzare al cabinetului este..... 975.5 Euro
- 4) Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența este..... domdnebol@yahoo.com
- 5) Numărul de telefon..... 0722262363

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

(X) R.B. Ambele colegi au cabinetele la aceeași adresă
Câmpina - Calea Doftanei 145

Data: 18.06.2025

Dr. DAN GAVRILESCU
Medic primar M.F.
Competențe: laborator de
medicină de familie

Am primit un exemplar
Președintelui Colegiului Medicilor din Prahova
Teritorial

Președintelui Colegiului Medicilor

Am primit un exemplar
Medic Specialist
Medicină de Familie
Câmpina-Prahova