

COLEGIUL MEDICILOR DIN MUNICIPIUL BUCUREȘTI	
INTRARE	NR.: 5638
IEȘIRE	
Ziua 18	Luna 06 Anul 2025

Cerere Cesionare Praxis

Domnule Președinte al CMR/ Colegiului... *MEICILOR BUCUREȘTI*

Subsemnatul (nume, prenume) *BARBĂ CARMEN* cu CNP *[redacted]* titular al

cabinetului de medicină de familie din cadrul CMI/SRL *Dr. BARBĂ CARMEN* cu sediul

BUCUREȘTI, FET. 2
în *Str. SOLA SAU NAION Nr. 27* în conformitate cu

OUG 68/2008 ☐

OMS 1322/2006, ☒

vă notific intenția de vânzare/cesionare/donație a praxisului *CMI Dr. BARBĂ CARMEN*

Vă aduc la cunoștință următoarele:

1) Titularul/titularii dreptului de preempțiune este/sunt.....

Dr. VĂRĂCI STELA

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

[redacted]

3) Prețul de vânzare al cabinetului este... *~ 20.000 €*

4) Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența este... *[redacted]*

5) Numărul de telefon... *0740 068800*

e mail: barba_carmen@yahoo.com

BUCUREȘTI

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

Data: *18.06.2025*

Semnătura:

[redacted]

Președintelui Colegiului Medicilor din România/ Președintelui Colegiului Medicilor Teritorial