

Cerere Cesionare Praxis

Domnule Președinte al CMR/ Colegiului... SIBIU

Subsemnatul (nume prenume) DR. LOTREAN ANNE-LUISE
cu CNP [redacted], titular al cabinetului de medicină de familie din cadrul
CMI/SRL DR. LOTREAN ANNE-LUISE cu sediul în SIBIU STR. SELVARIOR NR. 2
conformitate cu:

OUG 68/2008 X

OMS1322/2006

Vă notific intenția de vânzare/cesionare/donație a praxisului CMI DR. LOTREAN ANNE-LUISE
Vă aduc la cunoștință următoarele:

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

DR. TOMATI MARTA-MARIA
DR. DAKA IOANA-EUGENIA
DR. BARBU RALOMEA-PETRONELA
DR. COROICA CLAUDIA
DR. COSTINA ADINA

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

[redacted]

3. Prețul de vânzare al cabinetului este 62.000 RON MARTA

4. Adresa de corespondență la care vă solicităm să transmiteți cererea este/sunt [redacted]

5. Numar de telefon 0445635766 [redacted]

Avînd in vedere cele menționate vă solicit eliberarea adeverinței necesare
vînzării/cesionării praxisului:

Data: 10.06.2025

Președintelui Colegiului Medicilor din Romania/Pr [redacted] giului
Medicilor Teritorial.