

Cerere Cesionare Praxis

Domnule Președinte al CMR/ Colegiului ROMANIA

Subsemnatul (nume, prenume) NISTOR VALENTINA MIHAELA cu
CNP [REDACTED] titular al cabinetului de medicină de familie din cadrul
CMI/SRL/DR NISTOR VALENTINA MIHAELA cu sediul în COMUNA
ERBICENI, JUD. IASI în confromitate cu

OUG 68/2008 ☐

OMS 1322/2006, ☒

vă notific intenția de vânzare/cesionare/donatie a praxisului CMI DR NISTOR
VALENTINA MIHAELA

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 -
- 4) Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența este
CMI DR NISTOR VALENTINA MIHAELA, ADRESA:COMUNA
ERBICENI , STRADA PRINCIPALA, JUDET IASI
- 5) Numărul de telefon 0745599018

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

Data: 03.07.2025

Semnătura:

Președintelui Colegiului Medicilor din F [REDACTED] legiului
Medicilor Teritorial