



Cerere Cesionare Praxis

Domnule Președinte al CMR/ Colegiului..... *Maramures*

Subsemnatul (nume, prenume)..... *Vana Rodica* cu CNP..... titular al
cabinetului de medicină de familie din cadrul CMI/SRL..... *Ar. Vana Rodica* cu sediul
în..... *Sisest 431* în conformitate cu

OUG 68/2008 ☐

OMS 1322/2006, ☒

vă notific intenția de vânzare/cesionare/donație a praxisului..... *CMI Ar. Vana Rodica*

Vă aduc la cunoștință următoarele:

- 1) Titularul/titularii dreptului de preempțiune este/sunt:.....
Dr. Avram Mărioara - CMI Ar. Avram Mărioara
- 2) Adresa și numărul de telefon al titularului/ titularilor dreptului de preempțiune este/sunt:.....
Sisest Nr. 431 Telefon [redacted]
- 3) Prețul de vânzare al cabinetului este..... *Donație - Fițu Grotu*
- 4) Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența este..... *Vana Rodica@yahoo.com*
- 5) Numărul de telefon..... *0746 189 722*

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

Data: *28 VIII 2025*
Ser..... *[redacted]*

Președintelui Colegiului Medicilor din România/ Președintelui Colegiului
Medicilor Teritorial

