

Cerere Cesionare Praxis

Domnule Președinte al CMR/ Colegiului *PRAHOVA*

Nr. înreg. CMR: 10586/03.10.2025

Subsemnatul (nume, prenume) *Dr. RIZA NICOLAE* cu CN *[REDACTED]* al
cabinetului de medicină de familie din cadrul CMI/SRL *Dr. RIZA NICOLAE* cu sediul
în *PLOPETHI - JUDEȚUL PRAHOVA* în conformitate cu

OUG 68/2008 ☐OMS 1322/2006, ☒

vă notific intenția de vânzare/cesionare/donație a praxisului

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/sunt3. Prețul de vânzare al cabinetului este *CONFIDENTIAL*4. Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența
este/sunt: .. *[REDACTED]*5. Numărul de telefon... *0744756094*Având în vedere cele menționate vă solicit eliberearea avederinței necesare
vânzării/cesionării praxisului.Data: *3x2025*Președintelui Colegiului Medicilor din România/ Președintelui Colegiului Medicilor
Teritorial