

Cerere Cesionare Praxis

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

Subsemnatul (nume, prenume) *FILIMON MARIA* cu CNI [redacted] titular al
cabinetului de medicină de familie din cadrul CMI/SRL/ *DR. FILIMON MARIA* cu sediul
în *ARAD*.....în conformitate cu

OUG 68/2008 ☐

OMS 1322/2006, ☒

vă notific intenția de vânzare/cesionare/donație a praxisului *DR. FILIMON MARIA*

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... *15.000 EUR*
- 4) Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența este... *maria.filimon@yahoocom*
- 5) Numărul de telefon... *0757502653*

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

Data: *22.10.2025*

[redacted]ătura:

Președintelui Colegiului Medicilor din România/ Președintelui Colegiului Medicilor Teritorial