

Cerere Cesionare Praxis

Nr. înreg. CMR: 12710/26.11.2025

Domnule Președinte al CMR/ Colegiului.....

Subsemnatul (nume, prenume) R. ADU. ELENA cu CNP. [REDACTED] titular al cabinetului de medicină de familie din cadrul CMI/SRL Id. R. ADU. ELENA cu sediul în COM. N. E. Ș. T. I. în conformitate cu

OG 68/2008 ☐

OMS 1322/2006, ☒

vă notific intenția de vânzare/cesionare/donație a praxisului MEICINĂ DE FAMILIE
Vă aduc la cunoștință următoarele:

- 1) Titularul/titularii dreptului de preempțiune este/sunt: [REDACTED]
- 2) Adresa 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 COMUNA DOMNEȘTI, JUDEȚ ARGEȘ, STR. Neagoe Basarab, m. 3
- 5) Numărul de telefon 074.1.139.086

Având în vedere cele menționate vă solicit eliberarea avederînței necesare vânzării/cesionării praxisului.

Data:

Semnătura:

26 XI 2025

