



Cerere Cesionare Praxis

Domnule Președinte al CMR/ Colegiului. MGACILOR GIURGIU

Subsemnatul (nume, prenume) ENACHE DOINA cu CNP 2550415400405 titular al cabinetului de medicină de familie din cadrul CMI/SRL/ VARAȘI sau sediul în COMUNA VARAȘI în conformitate cu

OUG 68/2008   
OMS 1322/2006,

vă notific intenția de vânzare/cesionare/donație a praxisului CMI VARAȘI DR ENACHE DOINA

Vă aduc la cunoștință următoarele:

- 1) Titularul/titularii dreptului de preempțiune este/sunt:.....  
.....DR ENACHE DOINA.....
- 2) Adresa și numărul de telefon al titularului/ titularilor dreptului de preempțiune este/sunt:  
.....COMUNA VARAȘI B-DR DR OPRȘOARA Nr 44 Bloc 15 Ap 16- SŌTER IV.....
- 3) Prețul de vânzare al cabinetului este...negotabil încă.....
- 4) Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența este.....doina.enache1@yahoo.com.....
- 5) Numărul de telefon.....0723063640.....

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

Data:  
23.03.2022

Semnătura:

Președintelui Colegiului Medicilor din România/ Președintelui Colegiului Medicilor Teritorial