



Cerere Cesionare Praxis

Domnule Președinte al CMR/ Colegiului Medicilor Romania

Subsemnatul (nume, prenume) DR. IONESCU PAULA cu CNP 2561004400523 titular al

cabinetului de medicină de familie din cadrul CMI/SRL/CMI DR. IONESCU PAULA cu sediul

în BUCUREȘTI, ALEEA RAUL SADULUI NR 1, SECTOR 4 în conformitate cu **OUG 68/2008**

OMS 1322/2006, OMS.1322/2006

vă notific întenia de vânzare/cesionare/donație a praxisului VANZARE

Vă aduc la cunoștință următoarele:

1) Titularul/titularii dreptului de preempțiune este/sunt:.....
.....-.....
.....

2) Adresa numărul de telefon al titularului/ titularilor dreptului de preempțiune este/sunt:

ALEEA RAUL SADULUI NR 1, ET 1, CAMERA 6, SECTOR 4, BUCUREȘTI, 0725253599.

3) Prețul de vânzare al cabinetului este.....-.....

4) Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența este cmi.ionescu.paula@gmail.com

5) Numărul de telefon 0725253599

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

Data: 19/05/2022 Semnătura: DR. IONESCU PAULA

PAULA IONESCU Semnat digital de
PAULA IONESCU
Data: 2022.05.19
10:49:53 +03'00'

Președintelui Colegiului Medicilor
Președintelui Colegiului Medicilor Teritorial

din

România/