

Cerere Cesionare Praxis



Domnule Președinte al CMR/ Colegiului.....^{TIMIȘ}

Subsemnatul (nume, prenume) CREM ZANFIRA cu CNP..... titular al cabinetului de medicină de familie din cadrul CMI/SRL/CN SA CREM ZANFIRA în TIMIȘOARA..... în conformitate cu

OUG 68/2008

OMS 1322/2006,

vă notific intenția de vânzare/cesionare/donație a praxisului CABINET MEDICAL SA CREM ZANFIRA

Vă aduc la cunoștință următoarele:

- 1) Titularul/titularii dreptului de preempțiune este/sunt:.....
HERZEG DORINA.....
- 2) Adresa și numărul de telefon al titularului/ titularilor dreptului de preempțiune este/sunt:
Str. GH. GAZDA NR 21 se A Ap 4 Timișoara
TEL: 0424 343 745
- 3) Prețul de vânzare al cabinetului este... 45.000 Euro
- 4) Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența este... TIMIȘOARA STR. ȘEVER BOCEI NR 33
- 5) Numărul de telefon.... 0723 334112

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

Data: 3.06.2022

Semnătura:

Președintelui Colegiului Medicilor din România/ Președintelui Colegiului Medicilor Teritorial