

Cerere Cesionare Praxis

Domnule Președinte al CMR/ Colegiului.....<sup>PH</sup>

Subsemnatul (nume, prenume) MIHĂEȘCU VASILICA cu CNP ..... Titular al  
cabinetului de medicină de familie din cadrul CMI/SRL SR. MIHĂEȘCU VASILICA  
în UR. I.A. 7 ..... în conformitate cu

OUG 68/2008

OMS 1322/2006,

vă notific intenția de vânzare/~~cesionare~~/~~donare~~ a praxisului CMI SR. MIHĂEȘCU VASILICA

Vă aduc la cunoștință următoarele:

- 1) Titularul/titularii dreptului de preempțiune este/sunt: SR. CRISTEA VALENTIN
- 2) Adresa și numărul de telefon al titularului/ titularilor dreptului de preempțiune este/sunt:  
Nr. telefon: 0742142111
- 3) Prețul de vânzare al cabinetului este... NEGOCIAȘI
- 4) Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența este: Plăiești Str. Seld. Erozi V. Construcționi 2 A
- 5) Numărul de telefon: 0747839088.....

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

Data: 30.06.2022

Semnătura:

Președintelui Colegiului Medicilor din România/ Președintelui Colegiului Medicilor Teritorial