



Cerere Cesionare Praxis

Domnule Președinte al CMR/ Colegiului..... *31/3/22*

Subsemnatul (nume, prenume)..... *PETRU LUCIA MARINA* cu CNP: titular al
cabinetului de medicină de familie din cadrul CMI/SRL *DR. PETRU LUCIA MARINA SENISA* cu sediul
în *TALMACIU*..... în conformitate cu

OUG 68/2008

OMS 1322/2006,

vă notific întenia de vânzare cesionare/ donație a praxisului

Vă aduc la cunoștință următoarele:

- 1) Titularul/titularii dreptului de preempțiune este/sunt:.....
Tascu Cristina Profelca
- 2) Adresa numărul de telefon al titularului/ titularilor dreptului de preempțiune este/sunt:
- Str. Șt. Lăucea nr 27, Sibiu
tel. 0745 629422
- 3) Prețul de vânzare al cabinetului este *10.000 euro*.....
- 4) Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența este *Str. Clujului nr 3 sc E Ap 15 Sibiu jud Sibiu*
- 5) Numărul de telefon *0728097260*.....

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

Data: *9.02.2022*

Semnătura: