

Cerere Cesionare Praxis

Domnule Președinte al Colegiului Medicilor din România
Domnule Președinte a Colegiului Medicilor Satu Mare

Subsemnatul (nume, prenume) RUBA CĂLIN-SILVIU CNP.....
titular al cabinetului de medicină de familie din cadrul
CMR/SRL SCM. DR. RUBA CĂLIN cu sediul în TEREBEȘTI..... în conformitate cu
OUG 68/2008
OMS 1322/2006,

Vă notific intenția de vânzare/cesionare/donație a praxisului 1) SANTAŪ 171
Vă aduc la cunoștință următoarele: 2) DINDEȘTI 30/12

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

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

3) Prețul de vânzare al cabinetului este 1) 20.500 EUR 2) 5.500 EUR
LOC SANTAŪ LOC DINDEȘTI

4) Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența
este calinruba@yahoo.com

5) Numărul de telefon 0745751202

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

Data: 07.09.2022

Semnătura:

Președintele Colegiului Medicilor din România/
Președintele Colegiului Medicilor Teritorial

Nr. 298 / 13.09.2022

COLEGIUL MEDICILOR
SATU MARE
CIF 9839430
440046, Str. BUCUREȘTI Nr. 1
SATU MARE - ROMANIA