



Cerere Cesionare Praxis

Domnule Președinte al CMR/ Colegiului.....

Subsemnatul (nume, prenume) BĂLDEA ILCAH cu CNP..... titular al cabinetului de medicină de familie din cadrul CMI/SRL/ BĂLDEA ILCAH în BUCUREȘTI - DOS PATHELIHOH Nr. 292, sector 2 în conformitate cu

OUG 68/2008

OMS 1322/2006,

vă notific intenția de vânzare/cesionare/donație a praxisului CPI. AL BĂLDEA ILCAH
Vânzare în activitatea praxis
Vă aduc la cunoștință următoarele: A

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

Dr. POPESCU IRIANA, Dr. BUZA ANICA, Dr. POPA ALCAYARA A. GOSPODARU MIHAILA, Dr. MARICICA RALUHA, Dr. BALVA ROYANA, Dr. TOHCU ANISOARA, Dr. HACE MIHAILA, Dr. MIHAIL MADUS NICOLAI, Dr. VALETTI Dr. ANA PERCE ROYGA, Dr. DANIEL ROYANA, Dr. CIORCI CAMELIA, Dr. CIORCI ANELIA

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

303 PATHELIHOH Nr. 292 Bucaresti P. 2

3) Prețul de vânzare al cabinetului este 40.000 EURO

4) Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența este 303 PATHELIHOH Nr. 292, sector 2

5) Numărul de telefon 0745761242

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

Data: 3 octombrie 2022

Semnătura:

Președintelui Colegiului Medicilor din România/ Președintelui Colegiului Medicilor Teritorial