



Cerere Cesionare Praxis

Domnule Președinte al CMR/ Colegiului.....

Subsemnatul (nume, prenume) DINU A. IULIANA cu CNP: CMI DR BANU IULIANA COM BERCEVI titular al
cabinetului de medicină de familie din cadrul CMI/SRLI CAT CORLAIEȘTI cu sediul
COM BERCEVI lot CORLAIEȘTI JUDEȚ PRAHOVA în PRAHOVA
în..... în conformitate cu

OUG 68/2008

OMS 1322/2006,

vă notific intenția de vânzare/cesionare/donație a praxisului

Vă aduc la cunoștință următoarele:

- 1) Titularul/titularii dreptului de preempțiune este/sunt:.....
PRIMĂRIA COMUNEI BERCEVI JUDEȚ PRAHOVA
- 2) Adresa și numărul de telefon al titularului/ titularilor dreptului de preempțiune este/sunt:.....
PRIMĂRIA COM BERCEVI JUDEȚ PRAHOVA
TEL 0244470588 ; 0244470216
- 3) Prețul de vânzare al cabinetului este.....
- 4) Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența este.....
PLOIEȘTI STR SNA GOV NR 25
- 5) Numărul de telefon.....
0721904485

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

Data: 04.10.2022

Semnătura:

Președintelui Colegiului Medicilor din România/ Președintelui Colegiului Medicilor Teritorial