



Cerere Cesionare Praxis

Domnule Președinte al CMR/ Colegiului..... Timiș

Subsemnatul (nume, prenume) BĂRBIE RU VIORICA cu CNP: titular al cabinetului de medicină de familie din cadrul CMI/SPL CAB. SA. BĂRBIE RU cu sediul în COM. FAHARA NR 30 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:.....
.....
- 2) Adresa și numărul de telefon al titularului/ titularilor dreptului de preempțiune este/sunt:
.....
- 3) Prețul de vânzare al cabinetului este 15.000 RON.....
- 4) Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența este.....
- 5) Numărul de telefon 0730-196994.....

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

Data: 20.10.2022

Semnătura:

Președintelui Colegiului Medicilor din România/ Președintelui Colegiului Medicilor Teritorial