

Cerere Cesionare Praxis



Domnule Președinte al CMR/ Colegiului *ARAD*

Subsemnatul (nume, prenume) *BOTEZATU* cu CNP: Titular al cabinetului de medicină de familie din cadrul CMI/SRL *LUCICA DR. BOTEZATU* cu sediul în *ARAD* 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:
DR. DANDA ERIKO - danda.eriko@yahoo.com
- 2) Adresa și numărul de telefon al titularului/ titularilor dreptului de preempțiune este/sunt:
Bd. General ION DRAGALITA NR-16 AP₂
T = 0257/281552
- 3) Prețul de vânzare al cabinetului este *37.000 E (MILIMIA) (trezecișapte mii E)*
- 4) Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența este *lucica.botezatu@yahoo.com*
- 5) Numărul de telefon *0257/281552 m. Tm = 0721175919*

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

Data: *28.10.2022*

Președintelui Colegiului Medicilor din România/ Președintelui Colegiului Medicilor Teritorial

1. *DIANA BERZACOVICI - DIAMEDICO SRL - Bd. Gen. ION DRAGALITA NR 16*
T = 0722648874
2. *PĂDUTIU ANELA - MIRAMIR SAN SRL - Bd. Gen. ION DRAGALITA NR 16*
T = 07241413462
celularadutu@yahoo.com