



Cerere Cesionare Praxis

Domnule Președinte al CMR/ Colegiului.....TIMIȘ

Subsemnatul (nume, prenume).....GAL GABRIEL-SORIN.....cu CNP..... titular al cabinetului de medicină de familie din cadrul CMI/SRL.....cu sediul în SACOSU-TURCEȘC M.I. în conformitate cu

OUG 68/2008

OMS 1322/2006,

vă notific intenția de vânzare/cesionare/donație a praxisului CASHED DE GAL GABRIEL-SORIN

Vă aduc la cunoștință următoarele:

- 1) Titularul/titularii dreptului de preempțiune este/sunt:.....  
DR. PETRASCU-FLORENTIN SILVIU MF  
DR. TOMA SORIN STOMATOLOGIE
- 2) Adresa și numărul de telefon al titularului/ titularilor dreptului de preempțiune este/sunt:  
SACOSU-TURCEȘC M.I. 0722/698472  
SACOSU-TURCEȘC M.I. 0722/424031
- 3) Prețul de vânzare al cabinetului este.....
- 4) Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența este.....TIMISOARA, STR. MARTE MIRON ION M. 18
- 5) Numărul de telefon.....0744/249352.....

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

Data:

10. NOIEMBRIE 2022.

Semnatura:

Președintelui Colegiului Medicilor din România/ Președintelui Colegiului Medicilor Teritorial