

Cerere Cesionare Praxis



Domnule Președinte al CMR/ Colegiului.....

Subsemnatul (nume, prenume) PENESCU OCTAVIA cu CNP..... titular al

cabinetului de medicină de familie din cadrul CMI/SRI NR. 7ENESCU OCTAVIA cu sediul

în COPSA MICĂ STR. AL. CASTANILOR NR 7-9 în conformitate cu JU. SIBIU

BUG 68/2008

OMS 1322/2006,

X	
---	--

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

AGIRBICIU NR 304
0741121441

3. Prețul de vânzare al cabinetului este 7.500 EURO

4. Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența este/sunt:

.....
.....

5. Numărul de telefon.. 0741121441

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

Data:

16.11.2022

Semnătura:

Președintelui Colegiului Medicilor din România/ Președintelui Colegiului Medicilor Teritorial

