



## Cerere Cesionare Praxis

Domnule Președinte al CMR/ Colegiului.....

Subsemnatul (nume, prenume) SIMION ALEA cu CNP..... titular al  
cabinetului de medicină de familie din cadrul CM/SRL HOMESOM cu sediul  
în STR. TUNARI NR 75 în conformitate cu

OUG 68/2008

OMS 1322/2006,

vă notific intenția de vânzare/cesionare/donație a praxisului DE MEDICINA DE  
FAMILIE

Vă aduc la cunoștință următoarele:

- 1) Titularul/titularii dreptului de preempțiune este/sunt:.....  
DR. CLASIFESCU GABRIELA
- 2) Adresa și numărul de telefon al titularului/ titularilor dreptului de preempțiune  
este/sunt:  
STR. TUNARI NR 75 API SECTOR 2 BUCUREȘTI  
GERIPULSMAX@GMAIL.COM 0745521467
- 3) Prețul de vânzare al cabinetului este.....
- 4) Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența  
este STR. TUNARI NR 75 API SECTOR 2 BUCUREȘTI
- 5) Numărul de telefon..... 0720 886096

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

Data:

10.11.2022

Semnătura:

Președintelui Colegiului Medicilor din România/ Președintelui Colegiului Medicilor  
Teritorial