



Cerere Cesionare Praxis

11/07/02/2023

Domnule Președinte al CMR / Colegiului Medicilor din Brașov

Subsemnata CHICHERNEA FLORENTINA, cu CNP [redacted] titular al cabinetului de medicină de familie din cadrul CMI DR. CHICHERNEA FLORENTINA, cu sediul, în Brașov, str. Zizinului, nr. 94, sc. B, ap. 4, în conformitate cu:

*x* OUG 68/2008

*(X)* OMS 1322/2006,

Vă notific intenția de vânzare / cesionare a praxisului CMI DR. CHICHERNEA FLORENTINA

Vă aduc la cunoștință următoarele:

1) Titularul dreptului de preempțiune este:

Chichernea Florentina

2) Adresa și numărul de telefon al titularului dreptului de preempțiune este:

Brașov, Zizinului 94, sc. B, ap. 2 - 0727879641

3) Prețul de vânzare al cabinetului este NEGOTIABIL Euro

4) Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența este:

ch.florentina@gmail.com

5) Numărul de telefon 0727879641

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

Data: 07.02.2023

Semnătură:

Președintelui Colegiului Medicilor din România /

Președintelui Colegiului Medicilor Teritorial