

136/10.02.2023

Cerere Cesionare Praxis

Domnule Președinte al CMR/ Colegiului BRAȘOV

Subsemnatul (nume, prenume) SĂRBUL IONEL cu CNP..... titular al cabinetului de medicină de familie din cadrul CMI/SRI din BRAȘOV cu sediul în ȘTIPOREȘULUI 28 în conformitate cu

OUG 68/2008

OMS 1322/2006,

vă notific intenția de vânzare/cesionare/donație a praxisului SPATIULUI CABINETULUI

Vă aduc la cunoștință următoarele:

- 1) Titularul/titularii dreptului de preempțiune este/sunt:.....
CMMF Dr. IOACHIMESCU VALENTINA TATIANA
SC. Meta 4 Health SRL Brașov, Dr. STĂNICU ADRIAN
- 2) Adresa și numărul de telefon al titularului/ titularilor dreptului de preempțiune este/sunt:
Dr. IOACHIMESCU - Brașov, ȘTIPOREȘULUI 28, tel. 0727 367 109
Dr. STĂNICU ADRIAN - BRAȘOV, ȘTIPOREȘULUI 28, tel. 0722 193 388
- 3) Prețul de vânzare al cabinetului este.....35.000 EURO
- 4) Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența este.....BRAȘOV, ȘTIPOREȘULUI 24 - dr.sarb@vau@yahoo.com
- 5) Numărul de telefon.....0723.174.284

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

Data: 10.02.2023

Președintelui Colegiului Medicilor din România/ Președintelui Colegiului Medicilor Teritorial

Semnătura: