



J.C.M.A. - Iesiri
Data 02.03.2023

Cerere Cesionare Praxis

Domnule Președinte al CMR/ Colegiului..... *ARAD*

SUCOVERSCHI - NANA

Subsemnatul (nume, prenume)..... *MONICA* cu CNP:..... titular al

cabinetului de medicină de familie din cadrul CMI/SRI..... cu sediul

în *ARAD STR. COZIA NR. 7B* în conformitate cu

*DR. SUCOVERSCHI - NANA
MONICA*

OUG 68/2008

OMS 1322/2006,

vă notific intenția de vânzare/cesionare/donație a praxisului *CMI DR. SUCOVERSCHI
NANA MONICA*

Vă aduc la cunoștință următoarele:

- 1) Titularul/titularii dreptului de preempțiune este/sunt:..... *CMI DR. CRASUTA
ROZALIA*
- 2) Adresa și numărul de telefon al titularului/ titularilor dreptului de preempțiune este/sunt:..... *DR. CRASUTA ROZALIA: STR. COZIA NR. 7B TEL: 0744 767 282.*
- 3) Prețul de vânzare al cabinetului este..... *30.000 Euro*
- 4) Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența este..... *ARAD, STR. COZIA NR. 7B*
- 5) Numărul de telefon..... *0744 797 810*

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

Data: *02.03.2023*

Semnătura/

Președintelui Colegiului Medicilor din România/ Președintelui Colegiului Medicilor Teritorial