

Cerere Cesionare Praxis

Domnule Președinte al Colegiului Medicilor din România  
Domnule Președinte a Colegiului Medicilor Satu Mare

Subsemnatul (nume, prenume) Lakatos Sivan cu CNP .....  
titular al cabinetului de medicină de familie din cadrul  
CMI/SRL/ Dr. Lakatos Sivan cu sediul în Foieni în conformitate cu  
**OUG 68/2008**   
**OMS 1322/2006**,

Vă notific intenția de vânzare/~~cesionare~~/~~donare~~ a praxisului CMI Dr. Lakatos Sivan  
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 este/sunt: .....  
.....  
.....
- 3) Prețul de vânzare al cabinetului este 75000 lei
- 4) Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența este Lakatos Sivan, 0441 12 1256
- 5) Numărul de telefon 0261 843723

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

Data: 17.05.2023  
Semnătura:

Președintele Colegiului Medicilor din România/  
Președintele Colegiului Medicilor Teritorial