

Cerere Cesionare Praxis



Domnule Președinte al CMR

Subsemnata Dr. Purcărea Ileana Mihaela, cu CNP \_\_\_\_\_ titular al  
cabinetului de medicină de familie din cadrul CMI Dr. Popa Carmen Mariana cu  
sediul în București, Aleea Lungulețu nr. 6, Sector 2, în confromitate cu

**OUG 68/2008**

**OMS 1322/2006**,

vă notific intenția de cesionare a praxisului CMI Dr. Popa Carmen Mariana  
începând cu data de 16.05.2023

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.....
- 4) Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența  
este [purcareamihaela@gmail.com](mailto:purcareamihaela@gmail.com)
- 5) Numărul de telefon 0723212256

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

Data: 15.05.2023

Semnătura:

Președintelui Colegiului Medicilor din România/ Președintelui Colegiului  
Medicilor Teritorial