



Cerere Cesionare Praxis

Domnule Președinte al CMR/ Colegiului..... BRASOV

Subsemnatul (nume, prenume) STROESCU MARIANA - C.P.R. CORNELIA..... cu CNr..... titular al cabinetului de medicină de familie din cadrul CMI/SRL/..... cu sediul în BRASOV SATURN 43 în conformitate cu

OUG 68/2008

OMS 1322/2006,

vă notific intenția de vânzare/cesionare/donație a praxisului C.M.F. DR. STROESCU MARIANA

Vă aduc la cunoștință următoarele:

1) Titularul/titularii dreptului de preempțiune este/sunt:.....

..... CONFORM ANEXEI

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

..... CONFORM ANEXEI

3) Prețul de vânzare al cabinetului este..... 40.000 EURO

4) Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența este... dr.marianastroescu@yahoo.com

5) Numărul de telefon..... 0740096780

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

Data: 23.05.2023

Semnătura:

Mariana-Cornelia Stroescu

Semnat digital de Mariana-Cornelia Stroescu
Data: 2023.05.25 11:48:49
+03'00'

Președintelui Colegiului Medicilor din România/ Președintelui Colegiului Medicilor Teritorial BRASOV