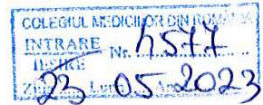


Cerere Cesionare Praxis



Domnule Președinte al CMR/ Colegiului.....

Subsemnatul (nume, prenume) ARITON CARMEN cu CNP..... titular al  
cabinetului de medicină de familie din cadrul CMI/SRL AR. ARITON CARMEN sediul  
SIBIU, Calea Poplăcii, Nr 77 Bl 39, ap 21  
în..... în conformitate cu

OUG 68/2008

OMS 1322/2006,

vă notific intenția de vânzare/cesionare/donație a praxisului .....

Vă aduc la cunoștință următoarele:

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

DR. ABRAHAM DOINA  
DR. BOGDAN LILIANA CAMELIA

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

SIBIU, Calea Poplăcii Nr 77, Bl. 39, ap 21  
Tel 0269.124177

3. Prețul de vânzare al cabinetului este..... 30.000€

4. Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența  
este/sunt: .....

carmen.ariton@yahoo.com

5. Numărul de telefon..... 0721/276141

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

Data:

23.05.2023

Semnătură:

Președintelui Colegiului Medicilor din România/ Președintelui Colegiului Medicilor  
Teritorial