



## Cerere Cesionare Praxis

Domnule Președinte al CMR/ Colegiului.....

Subsemnatul (nume, prenume) IONUS ANUTA, cu CNP. [redacted] titular al  
 cabinetului de medicină de familie din cadrul CMI/SRL/ Ionus Anuta Cabinet Medical  
CIVNA DE - BIRU - Str. CINDRELI 11.47. cu sediul oftalmologic  
 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: cu dr. Farcaș Ioan Gabriel;  
cu dr. Hovan Roxana Elena; CMI dr. Alexandru George Cofolcu; cu dr.  
Predeșay Maria; cu dr. Kester Elena Lavinia; cu dr. Ubraudă Ruxiana Mariana  
cu dr. Poplău Răzvan; cu dr. Ciulcășanu Proletă;
2. Adresa și numărul de telefon al titularului/ titularilor dreptului de preempțiune  
 este/sunt dr. Gândea Claudia Loredana; dr. Olaru Gabriela; Urulescu  
Sahay; Urulescu Paul Stefan; Urulescu Petel Popdau; dr. Popescu  
Adriana; dr. Popescu Constantin
3. Prețul de vânzare al cabinetului este 45.000 Eur.
4. Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența  
 este/sunt: ana ionus@yahoo.com
5. Numărul de telefon: 0749.209063

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

Data:

21. 11 - 2023

Semnătura:

[redacted]

Președintelui Colegiului Medicilor din România/ Președintelui Colegiului Medicilor  
 Teritorial