



Cerere Cesionare Praxis

Domnule Președinte al CMR/ Colegiului BOTOSANI

Subsemnatul (nume, prenume) VERSTIVSCHI MARCEL cu CNP [REDACTED] titular al cabinetului de medicină de familie din cadrul CMI/SRL/ Dr. VERSTIVSCHI MARCEL cu sediul în SATUL PALTINIS, COMUNA PALTINIS, JUDEȚUL BOTOSANI în confruntare cu

OUG 68/2008

OMS 1322/2006,

Vă notific intenția de vânzare/cesionare/donație a praxisului CMI Dr. Verstivschi M

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 de : 10.000 Euro
- 4) Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența este verst\_mark@yahoo.com
- 5) Numărul de telefon 0745804217

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

Data 23.11.2023

Semnătura: VERSTIVSCHI  
MARCEL

Președintelui Colegiului Medicilor din România/ Președintelui Colegiului Medicilor Teritorial Botosani