

Cerere Cesionare Praxis

Domnule Președinte al CMR/ Colegiului..... ARAL

Subsemnatul (nume, prenume)..... COSMA AGNETA SAROLTA cu CNP: [redacted] titular al cabinetului de medicină de familie din cadrul CMI/SRL DR. COSMA AGNETA cu sediul în PANGOTA în confruntare cu STR. TUDOR VASILESCU NR 60, BL 9A, AP 10. OUG 68/2008 []

OMS 1322/2006,

vă notific intenția de vânzare/cesionare/donație a praxisului CMI COSMA AGNETA SAROLTA

Vă aduc la cunoștință următoarele:

- 1) Titularul/titularii dreptului de preempțiune este/sunt: 1. YOLAEA NANA ANAREEA CMI-STOMATOLOGIE-DR. YOLAEA NANA ANAREEA
2. PRIMĂRIA ORAS PANGOTA
- 2) Adresa și numărul de telefon al titularului/ titularilor dreptului de preempțiune este/sunt: 1. PANGOTA, STR. TUDOR VASILESCU NR 60, BLOC 9A, AP 11-12 S. PANGOTA, TEL. 0742.136.920
2. PANGOTA, STR. TUDOR VASILESCU NR 60, BLOC 9A, PRIMĂRIA PANGOTA PARTA 2-B001, MET. TEL. 0257.466.679
- 3) Prețul de vânzare al cabinetului este..... 9000 EURO
- 4) Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența este..... [redacted]
- 5) Numărul de telefon..... 0742.136.920

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

Data:

11.03.2024

Semnătura:

[redacted]

Președintelui Colegiului Medicilor din România/ Președintelui Colegiului Medicilor Teritorial

[redacted]