

C.J.C.M.A. - intrări
Nr. 697 Data 11.3.2024

Cerere Cesionare Praxis

Domnule Președinte al CMR/ Colegiului.....

Subsemnatul (nume, prenume).....^{ARCAȘ} cu CNP..... titular al cabinetului de medicină de familie din cadrul CMI/SRLI.....^{COSMA MARCEL THEODOR} cu sediul în.....^{PANGOSTA} în conformitate cu
STR. TUDOR VLADIMIRESCU NR 60 BL. 9A, AP 10
OUG 68/2008

OMS 1322/2006,

vă notific intenția de vânzare/cesionare/donație a praxisului ^{CMI} COSMA MARCEL THEODOR

Vă aduc la cunoștință următoarele:

- 1) Titularul/titularii dreptului de preempțiune este/sunt: ^{1. YOLAEA NIANA ANDREEA - CMI - STOMATOLOGIE - DR. YOLAEA NIANA ANDREEA}
^{2. PRIMĂRIA ORAS PANGOSTA}
- 2) Adresa și numărul de telefon al titularului/ titularilor dreptului de preempțiune este/sunt: ^{1. PANGOSTA, STR. TUDOR VLADIMIRESCU NR 60, BLOC 9A, AP 11-12}
^{STRADIAMONAHAMA 50420.004; TELEFON 0740.043.363}
^{2. PANGOSTA, STRADA TUDOR VLADIMIRESCU NR 60, BLOC 9A, PRIMĂRIA PANGOSTA BASTILE COM. UET}
^{TELEFON: 0257466.679}
- 3) Prețul de vânzare al cabinetului este... ^{9000 EURO}...
- 4) Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența este... ^{PANGOSTA, STR. TUDOR VLADIMIRESCU NR 60, BL. 9A, AP. 10, ORAS PANGOSTA 315600}
- 5) Numărul de telefon... ^{0747 258.917}...

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

Data:

11.03.2024.

Semnătura:

Președintelui Colegiului Medicilor din România/ Președintelui Colegiului Medicilor Teritorial