



Cerere Cesionare Praxis

Domnule Președinte al CMR/ Colegiului... **BUCUREȘTI**

Subsemnatul (nume, prenume) **ISTRĂTOIU LILIANA** CNP. [redacted] al cabinetului de medicină de familie din cadrul CMI/SRL/ **ANIMA** cu sediul în **Sos. Pipera nr. 2, Sc. 2, București** în conformitate cu

OUG 68/2008

OMS 1322/2006,

vă notific intenția de vânzare/cesionare/donație a praxisului **VÂNZARE**

Vă aduc la cunoștință următoarele:

- 1) Titularul/titularii dreptului de preempțiune este/sunt: **ANIMA SPECIALITY MEDICAL SERVICES**
- 2) Adresa și numărul de telefon al titularului/ titularilor dreptului de preempțiune este/sunt: **Școlul Iuliu Maniu, nr. 220 c. sc. 6, București. Tel: 02138 60700**
- 3) Prețul de vânzare al cabinetului este **În curs de negociere**
- 4) Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența este **doctor@istratoiu@yahoo.com**
- 5) Numărul de telefon **0722 203 789**

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

Data: **10 XII 2024**



Președintelui Colegiului Medicilor din România/ Președintelui Colegiului Medicilor Teritorial