

Cerere vanzare/cesionare/donatie Praxis

Domnule Președinte al CMR/ Colegiului Medicilor din Brasov

Subsemnatul (nume, prenume) MOLDOVEANU DORINA avand CNP [redacted] titular al cabinetului de medicină de familie din cadrul CMI/SRL CABINET DE MEDICINA DE FAMILIE DR. MOLDOVEANU DORINA cu sediul în Prejmer, Str. St. L. Roth. Nr, 565, jud.Brasov în conformitate cu

BUG 68/2008

OMS 1322/2006,

vă notific intenția de vânzare/cesionare/donație a praxisului CMMF Dr. Moldoveanu Dorina

incepand cu data de 01/01/2025

Vă aduc la cunoștință următoarele:

- 1) Titularul/titularii dreptului de preempțiune este/sunt:.....
.....Nu sunt.....
.....
- 2) Adresa și numărul de telefon al titularului/ titularilor dreptului de preempțiune este/sunt:
.....Nu sunt.....
.....
- 3) Prețul de vânzare al cabinetului este NEGOCIABIL
- 4) Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența este:
dorina_moldoveanu@yahoo.com
- 5) Numărul de telefon 0744681221

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

Data: 05/12/2024

Semnătura

Dr. Dorina Moldoveanu

[redacted signature]

Președintelui Colegiului Medicilor din România/ Președintelui Colegiului Medicilor Teritorial