

COLEGIUL MEDICILOR BRAȘOV  
Secretariat  
C.F. 9770926  
P-ta Sfatului 27

Cerere Cesionare Praxis

164/04.03.2025

Domnule Președinte al CMR/ Colegiului BRAȘOV

Subsemnatul (nume, prenume) **ENE MARIANA** cu CNP [redacted] titular al cabinetului de medicină de familie din cadrul **CMI/SRL/ CMMF Dr. ENE MARIANA** cu sediul în: **Brașov, Calca București Nr. 308, jud. Brașov** în conformitate cu

OUG 68/2008

OMS 1322/2006,

vă notific intenția de **vânzare/cesionare/donație** a praxisului **CMMF Dr. ENE MARIANA** începând cu data de **01.07.2025**

Vă aduc la cunoștință următoarele:

1. Titularul/titularii dreptului de preempțiune este/sunt: **Dr. Răuția Manuela**
2. Adresa și numărul de telefon al titularului/ titularilor dreptului de preempțiune este/sunt: [redacted]
3. Prețul de vânzare al cabinetului este ... confidențial....
4. Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența este/sunt: **Brașov, B-DUL MUNCII, Nr. 2, Bl. E19, Sc. D, Ap. 2, Jud. Brașov,**  
e-mail: **mari\_anaene@yahoo.com**
5. Numărul de telefon: **0745768550**

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

Data: 04.03.2025

Semnă

Președintelui Colegiului Medicilor din România/ Președintelui Colegiului Medicilor Teritorial