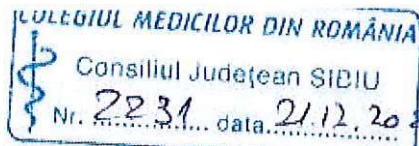


Cerere Cesionare Praxis



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



Subsemnatul (nume, prenume) *BUNESCU ADRIANA* cu CNP..... titular al cabinetului de medicină de familie din cadrul CMI/SRI/ *SC CAB MED DR BUNESCU SRL* cu sediul în *SIBIU*..... în conformitate cu

OUG 68/2008



OMS 1322/2006,



vă notific intenția de vânzare/cesionare/donație a praxisului *SC CAB MED DR BUNESCU SRL*

Vă aduc la cunoștință următoarele:

1. Titularul/titularii dreptului de preempțiune este/sunt: *COPROPRIETAR - COJOCARU DIANA*

PROPRIETARI *DR JECU, DR MORARI, DR JUCAN, DR URDEA, DR MATRAN, DR RESIGA, DR FARCAȘANU, DR SER*
VECINI *DR STRDE, DRUNGUREANU, DR LICH, DR CRETIANU, DR BECKERT, DR CHEALUȚA, DR BASCA*
DR PICU, DR BUNESCU SRL, DR ARANGA, DR CIORTEA, DR GUGOR, DR NEAMȚIU, DR FUMURESCU,

2. Adresa și numărul de telefon al titularului/ titularilor dreptului de preempțiune este/sunt *SIBIU PL N IORGA 50.*

3. Prețul de vânzare al cabinetului este *19.000.000...*

4. Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența este/sunt: *SIBIU PL CIMPLILUI 432*

5. Numărul de telefon..... *0729817023*

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

Data: *21.12.2022*

Semnătura:

Președintelui Colegiului Medicilor din România/ Președintelui Colegiului Medicilor Teritorial