

Am luat la
cunosc

2022 8138
12 30

Cerere Cesionare Praxis

COLEGIUL MEDICILOR DIN ROMANIA
INTRA Nr. 199
12.01.2023



Domnule Președinte al CMR/ Colegiului.....

Subsemnatul (nume, prenume) ARADIMOV IONELA-MIROSLAVA cu CNP..... titular al
cabinetului de medicină de familie din cadrul CMI/SRL ARADIMOV IONELA-MIROSLAVA
în COM. GOLAIREȘTI în conformitate cu

OUG 68/2008 ☒

OMS 1322/2006, ☐

vă notific intenția de vânzare/cesionare/donație a praxisului

PRAXIS ARADIMOV IONELA-MIROSLAVA

Vă aduc la cunoștință următoarele:

- 1) Titularul/titularii dreptului de preempțiune este/sunt:
SUNT SINGURUL MEU ARADIMOV IONELA-MIROSLAVA
- 2) Adresa și numărul de telefon al titularului/ titularilor dreptului de preempțiune este/sunt:
.....
- 3) Prețul de vânzare al cabinetului este 45.000 € 20.000 € 25.000 € LISTA PACIENȚI
CLAPIRE + MORFEE
- 4) Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența este STR. PINULUI NR 3 IAH 700109
- 5) Numărul de telefon 0744571753

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

Data: 30.12.2022.

Semnătura:

Președintelui Colegiului Medicilor din România/ Președintelui Colegiului Medicilor Teritorial