

Cerere Cesionare Praxis



Domnule Președinte al CMR/ Colegiului.....

Subsemnatul (nume, prenume) Alecu Zerafia Valentina cu CNP. 2.770.214.6002 titular al cabinetului de medicină de familie din cadrul CMI/SRL Alecu Zerafia cu sediul în Doletarii nr. 2, în conformitate cu **OUG 68/2008/ OMS 1322/2006**, vă notific intența de vânzare/cesionare/donație a praxisului CMI de Alecu Zerafia-Valentina

Vă aduc la cunoștință următoarele:

- 1) Titularul/titularii dreptului de preempțiune este/sunt: Dr. ARTEME ROMEO
- 2) Adresa și numărul de telefon al titularului/ titularului dreptului de preempțiune este: SRL Doletarii, nr. 2, et 1, cab. 14, tel. 021/6808620
- 3) Prețul de vânzare al cabinetului este.....
- 4) Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența este: SRL DOLETARII nr. 2 - JEUROG, BUCUREȘTI

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

Data:

18.1.2022

Zerafia-  
Valentin  
a Alecu

Digitally signed  
by Zerafia-  
Valentina Alecu  
Date:  
2022.01.13  
20:23:00 +02'00'

Semnătura:

Președintelui Colegiului Medicilor din România/ Președintelui Colegiului Medicilor Teritorial