



Cerere Cesionare Praxis

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

Subsemnatul (nume, prenume)..... *ZOICAN CLAUDIA LILICA* cu CNP..... *2570711293111* titular al cabinetului de medicină de familie din cadrul CMI/ ~~STR~~ *ZOICAN CLAUDIA LILICA* cu sediul în *COM. BERCENI* în confromitate cu

OUG 68/2008

OMS 1322/2006,

vă notific intenția de vânzare/cesionare/donație a praxisului *CMI ZOICAN CLAUDIA LILICA*

Vă aduc la cunoștință următoarele:

- 1) Titularul/titularii dreptului de preempțiune este/sunt: *PRIMĂRIA BERCENI*
AARLESA/5366/3.05.2022/ATA SAVA
- 2) Adresa și numărul de telefon al titularului/ titularilor dreptului de preempțiune este/sunt: *0244/470588*
- 3) Prețul de vânzare al cabinetului este... *NEGOCIABIL*
- 4) Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența este... *PLOIEȘTI STR DOGARILOR NR 8*
- 5) Numărul de telefon... *0723267457*

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

Data:

30.5.2022



Semnătura:

[Signature]

Președintelui Colegiului Medicilor din România/ Președintelui Colegiului Medicilor Teritorial