

CERERE CESIONARE PRAXIS

Domnule Președinte al CMR/ Colegiului Medicilor Tulcea

Subsemnatul Dr. Lupascu Gheorghe CNP , legitimat cu C.I. seria
, nr. titular al cabinetului de medicină de familie din cadrul CMI Dr. Lupascu
Gheorghe
cu sediul în Comuna Mihai Bravu,
Judetul Tulcea, în conformitate cu:

OUG 68/2008

OMS 1322/2006

Vă notific intenția de vânzare a praxisului.

Vă aduc la cunoștință următoarele:

1. Titularul dreptului de preempțiune este:
.....
2. Adresa și numărul de telefon al titularului/titularilor dreptului de preempțiune este/sunt:
.....
3. Prețul de vânzare al cabinetului este 6000 EURO.
4. Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența este
.....
5. Numărul de telefon +40724736455

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

Data,
06.09.2022

Semnătura,
Gheorghe
Lupascu

Semnat digital de
Gheorghe Lupascu
Data: 2022.09.06
09:58:09 +03'00'

Domnului Președinte al Colegiului Medicilor din România /
Președintelui Colegiului Medicilor Teritorial