



Cerere Cesionare Praxis

Domnule Președinte al CMR/ Colegiului Prahova

Subsemnatul (nume, prenume) Zoican Claudia Lilica cu CNP titular al cabinetului de medicină de familie din cadrul CMI/SRL/ Zoican Claudia Lilica cu sediul în comuna Berceni, Jud. Prahova în conformitate cu

OUG 68/2008

OMS 1322/2006,

vă notific intenția de vânzare a praxisului CMI Zoican Claudia Lilica, începând cu data de 01.11.2022

Vă aduc la cunoștință următoarele:

- 1) Titularul/titularii dreptului de preempțiune este/sunt: **NU ESTE CAZUL**
.....
.....
- 2) Adresa și numărul de telefon al titularului/ titularilor dreptului de preempțiune este/sunt:
NU ESTE CAZUL
.....
- 3) Prețul de vânzare al cabinetului este **NU ESTE CAZUL**
- 4) Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența este Ploiesti, strada Dogarilor, nr.8
- 5) Numărul de telefon 0723267457

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

Data:

03.10.2022

Semnătura:

Președintelui Colegiului Medicilor din România/ Președintelui Colegiului Medicilor Teritorial Prahova