

Nr. înreg CMR 10546/07.12.2022

C.J.C.M.A. - Întrări
1420 Data 07.12.2022

Cerere Cesionare Praxis

Domnule Președinte al CMR/ Colegiului *MEDICILOR DIN ROMÂNIA/ ARAD*

Subsemnatul (nume, prenume) *DR. COMSA CORNELIA* cu CNP..... titular al cabinetului de medicină de familie din cadrul CMI/SRL *DR. COMSA CORNELIA* cu sediul în *ARAD STR. TIBERIU NR 4 ap 2* în conformitate cu

BUG 68/2008

OMS 1322/2006,

vă notific intenția de vânzare/cesionare/donație a praxisului

Vă aduc la cunoștință următoarele:

- 1) Titularul/titularii dreptului de preempțiune este/sunt:.....
DR. ESPOSITO GIUSEPPE
- 2) Adresa și numărul de telefon al titularului/ titularilor dreptului de preempțiune este/sunt:
ARAD STR. TIBERIU NR. 4 ap 2.
telefon 0257240121/0734395836
- 3) Prețul de vânzare al cabinetului este.....*15.000 RON*
- 4) Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența este.....*mel.comsa@yahoo.com*
- 5) Numărul de telefon.....*0787874610*

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

Data: *07.12.2022*

Semnătura:

Președintelui Colegiului Medicilor din România/ Președintelui Colegiului Medicilor Teritorial

Attachments:

IMG_0005.jpg

882 KB