



Cerere Cesionare Praxis

Domnule Președinte al CMR/ Colegiului MEDICILOR BRAȘOV

Subsemnatul (nume, prenume) ANDREI MARIA cu CNP. [redacted]
titular al

cabinetului de medicină de familie din cadrul
CMI/SRL DR. ANDREI MARIA cu sediul
în SĂCELE în confromitate cu

OUG 68/2008

OMS 1322/2006, ✓

vă notific intenția de vânzare/cesionare/donație a praxisului
CMI SRL DR. ANDREI MARIA

Vă aduc la cunoștință următoarele:

- Titularul/titularii dreptului de preempțiune este/sunt:.....

ANDREI MARIA

- Adresa și numărul de telefon al titularului/ titularilor dreptului de preempțiune este/sunt:

SĂCELE Str. EP. POPEA NR 18 Jud. BRAȘOV0268 / 276999 0790 / 24631

- Prețul de vânzare al cabinetului este NEGOCIABIL

- Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența

este dr. maria. a @ gmail. com

0790124631

- Numărul de telefon.....0268 / 246999.....

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

Data:

17 I 2023

Semnătura:

Președintelui/ Colegiului Medicilor din România/ Președintelui
Colegiului Medicilor Teritorial