

Cerere Vanzare Praxis

Domnule Președinte al CMR/ Colegiului National al Medicilor

Subsemnatul (nume, prenume) FLOREA D. LILIANA CARMEN cu CNP
titular al

cabinetului de medicină de familie din cadrul CMI DR FLOREA LILIANA
CARMEN cu sediul

în DARMANESTI, JUD SUCEAVA în conformitate cu

OUG 68/2008 ☐

OMS 1322/2006, ☒

vă notific intenția de vânzare a praxisului

Vă aduc la cunoștință următoarele:

- 1) Titularul/titularii dreptului de preempțiune este/sunt - DR SVEDUNEAC
DOMNICA VERONICA, CMI DR SVEDUNEAC DOMNICA
VERONICA, COM DARMANESTI – RENUNTA LA DREPTUL DE
PREEMPTIUNE CONFORM DECLARATIEI ATASATE
- 2) Adresa și numărul de telefon al titularului/ titularilor dreptului de
preempțiune este/sunt:
DARMANESTI, TEL 0740123119
- 3) Prețul de vânzare al cabinetului este 4000 euro
- 4) Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența este
florealiliana@yahoo.com
- 5)
- 6) Numărul de telefon 0748105917

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

Data:

21.03.2023 Semnătura:

Liliana-
Carmen Florea

Semnat digital de Liliana-
Carmen Florea

Data: 2023.03.21 09:38:58
+02'00'

Președintelui Colegiului Medicilor din România/ Președintelui Colegiului
Medicilor Teritorial