

Cerere Cesionare Praxis

Domnule Președinte al CMR/ Colegiului. C.M. Timiș

Subsemnatul (nume, prenume) FORT, LANIUA cu CNP..... titular al
cabinetului de medicină de familie din cadrul CMI/SRL/... DR FORT, cu sediul
în TITIȘOARA în conformitate cu

OG 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:.....
- 2) Adresa și numărul de telefon al titularului/ titularilor dreptului de preempțiune este/sunt:.....
- 3) Prețul de vânzare al cabinetului este..... DONAȚIE
- 4) Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența este..... TITIȘOARA STR. MUL 1848 1531
- 5) Numărul de telefon..... 0256 467 550 / 0724 494 314

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

Data:

22.03.2023

semnătură

Președintelui Colegiului Medicilor din România/ Președintelui Colegiului Medicilor Teritorial