

COLEGIUL MEDICILOR TIMIȘ
Nr. 1019 Din 20032023

COLEGIUL MEDICILOR DIN ROMANIA
INTRARE Nr. 2020
20 03 2023

Cerere Cesionare Praxis

Domnule Președinte al CMR/ Colegiului..TIMIS.....

Subsemnatul (nume, prenume) POPA IOANA CRISTINA cu CNP
titular al

cabinetului de medicină de familie din cadrul CMI/SRL/DR.POPA IOANA.cu
sediul

în TIMISOARA STR LUCEAFARUL NR în conformitate cu

OUG 68/2008 ☐

OMS 1322/2006, ☐

vă notific intenția de vânzare/cesionare/donație a praxisului ...CMI DR.POPA
IOANA.

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.....
- 4) Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența
este ioana_k_popa@yahoo.com
- 5) Numărul de telefon 0744801522.

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

Data: 20. 03. 2023

Semnătura: