

Cerere Cesionare Praxis

Domnule Președinte al CMR/ Colegiului Medicilor Ialomița

Subsemnata/ul (nume, prenume) Dr. COSTACHE MARIANA ELENA, cu CNP : _____, titular al Cabinetului de Medicină de Familie din cadrul CMI/SRL/ „CMI Dr. Costache Mariana Elena”, CIF _____, cu sediul în Mun. Fetești, STR Calarasi, nr 291, jud. Ialomița, în conformitate cu :

OUG 68/2008 ☒

OMS 1322/2006, ☐

DR. NICĂ AURELIA MARIA STR. CALĂRASI NR. 291
FETEȘTI, JUD. IALOMIȚA

vă notific intenția de X vânzare/ cesionare/ donație a praxisului CMI Dr. Costache Mariana Elena;

Vă aduc la cunoștință următoarele:

- 1) Titularul/titularii dreptului de preempțiune este/sunt : Primăria Mun. Fetesti, jud. Ialomița;
- 2) Adresa și numărul de telefon al titularului/ titularilor dreptului de preempțiune este/sunt: Primăria Mun Fetesti, jud. Ialomița;
Telefon : 0243 364 410
- 3) Prețul de vânzare al cabinetului este 110.000 RON
- 4) Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența este : Mun Fetesti, str Calarasi, nr , bl E2, sc A, et 2, ap 6, jud. Ialomița;
- 5) Numărul de telefon : 0729044034,
- 6) Adresa de email : costachemarielena@yahoo.com

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

Data: 23.03.2023

Semnatura:

Președintelui Colegiului Medicilor din România/ Președintelui Colegiului Medicilor Teritorial