

Cerere Cesionare Praxis

Domnule Președinte al CMR/ Colegiului Medicilor Iași

Subsemnatul (nume, prenume) STEFAN MIHAELA CNP [REDACTED]

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

în IAȘI, STR. VÂȘLE LUPU 70/74 în conformitate cu

OUG 68/2008 ☒ - se referă la vânzarea de spații medicale

OMS 1322/2006, ☐ - se referă la vânzarea listei de pacienți

vă notific intenția de vânzare/cesionare/donație a praxisului

Vă aduc la cunoștință următoarele:

1) Titularul/titularii dreptului de preempțiune este/sunt:.....

STEFAN MIHAELA CMI DR. COZMA MIHAELA
DR. DODAN GERMIHA

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

IAȘI STR. VÂȘLE LUPU 70/74 POLICLINICA
SF. MARIA IAȘI

3) Prețul de vânzare al cabinetului este 10.000 RON.

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

este IAȘI STR. VÂȘLE LUPU 70/74 CMI DR. STEFAN M.

5) Numărul de telefon/adresa de e-mail 0423349779

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

Data: 6 XI 2023

