

Cerere Cesionare Praxis

Domnule Președinte al CMR/ Colegiului.....

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

OUG 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.....

4. Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența este/sunt:

.....

5. Numărul de telefon.....

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

Data:

Semnătura:

Președintelui Colegiului Medicilor din România/ Președintelui Colegiului Medicilor Teritorial