

Cerere Cesionare Praxis

Domnule Președinte al CMR/ Colegiul Medicilor Bucuresti

Subsemnata (nume, prenume) dr Daniela Dinulescu, cu CNP [REDACTED]
titular al cabinetului de medicină de familie din cadrul CMI Dr Dinulescu Daniela,
cu sediul

În Bucuresti, strada Dinicu Golescu, nr 38, sector 1, în conformitate cu

OUG 68/2008

OMS 1322/2006,

vă notific intenția de vânzare/cesionare/donație a praxisului CMI dr Dinulescu
Daniela

Vă aduc la cunoștință următoarele:

- 1) Titularul/titularii dreptului de preempțiune este/sunt - Nu exista
- 2) Adresa și numărul de telefon al titularului/ titularilor dreptului de preempțiune este/sunt: Nu este cazul
- 3) Prețul de vânzare al cabinetului este confidential.
- 4) Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența este dinulescu_dana@yahoo.com
- 5) Numărul de telefon 0744957347

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

Data: 6.02.20

Semnătura: [REDACTED]

Președintelui Colegiului Medicilor din România/ Președintelui Colegiului
Medicilor Teritorial