

COLEGIUL MEDICILOR DIN MUNICIPIUL BUCUREȘTI	
INTRARE	NR.: 4326
IEȘIRE	
Ziua 10	Luna 04 Anul 2024

Cerere Cesionare Praxis

Domnule Președinte al CMR/ Colegiului *Medicilor din BUCUREȘTI*

Subsemnatul (nume, prenume) *MARINESCU IOANA-MARIA* cu CNP *[redacted]* titular al cabinetului de medicină de familie din cadrul CMI/STR *DR MARINESCU* cu sediul în *BUCUREȘTI* în conformitate cu *IOANA-MARIA*

OG 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: *DR. MARINESCU IOANA-MARIA*
- 2) Adresa și numărul de telefon al titularului/ titularilor dreptului de preempțiune este/sunt: *BUCUREȘTI STR LUGOJ NR 45 SI*
- 3) Prețul de vânzare al cabinetului este *NEGOCIABIL*
- 4) Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența este *BUCUREȘTI SI STR LUGOJ NR 45*
- 5) Numărul de telefon *0744 316551*

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

ioana.marinescu@gmail.com

Data: *10.07.2024*

[redacted signature]

Președintelui Colegiului Medicilor din România/ Președintelui Colegiului Medicilor Teritorial