



Cerere Cesionare Praxis

Domnule Președinte al Colegiului Medicilor din Constanța

Subsemnata/subsemnatul (nume și prenume) WICHITA CARMEN

Cu CNP. [REDACTED] titular al cabinetului de medicină de familie

din cadrul CMI/S.R.L. DR. WICHITA CARMEN

cu sediul în TUZLA

În conformitate cu OUG nr.68/2008 sau OMS nr.1322/2006, vă notific intenția
vânzare/cesionare/donație a praxisului, vă aduc la cunoștință următoarele:

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

DR. REȘIN MELEK

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

0241 794940

STR. CONSTANȚEI NR 13 TUZLA

3. Prețul de vânzare al cabinetului este de 10000 lei

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

EFORTIE NORI STR. SUNĂRII NR 2

5. Număr de telefon 0729 39 88 53

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

Data 25.11.2025

Semnătura

Președintelui Colegiului Medicilor din România/Președintelui Colegiului Medicilor din
Județul Constanța



