**OFERTĂ CUMPĂRARE PRAXIS**

**Caut cabinet medical în zona** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Sunt membru AMFB / PMFB din anul** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Prefer colaborare cu medicul titular după vânzare:** Da [\_] Nu [\_]

**Prefer cumpărare:** imediată [\_] în următoarele 6-12 luni [\_] în următorii 2-3 ani [\_]

**Ofer preț cumpărare** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Se va discuta personal [\_]

**Nume, prenume:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Telefon:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**E-mail:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_