

Cerere Vinzare Praxis

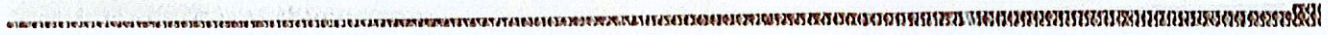
Domnule Preşedinte al CMR/ Colegiului TIMIS.....

Subsemnatul (nume, prenume) BURCA ELEONORA.....cu
 CNP2570414354773..... titular al
 cabinetului de medicină de familie din cadrul CMI DR BURCA ELEONORA
cu sediul
 înTIMISOARA Str.Aleea Inului Nr 4.....în conformitate cu
BUG 68/2008 X
OMS 1322/2006,
 vă notific intenția de vânzare a praxisului Laborator Dentar...

Vă aduc la cunoştinţă următoarele:

- 1) Titularul/titularii dreptului de preempțiune este/sunt:.....Dr Adam Mariana,
 ...Dr Ciobanu Cristiana,Dr Uzun Ana, Dr Pill Ileana,Dr Diosi Andreea,Dr
 Duma Ligia,Dr Mangu Andreea ,Lupencea Adina ,Dr Urechescu
 Mirela.....

- 2) Adresa și numărul de telefon al titularului/ titularilor dreptului de
 preempțiune este/sunt: Timisoara str Aleea Inului nr 4 Dr Adam Mariana tel
 0745918021, Dr Ciobanu Cristiana 07448641250, Dr Uzun Ana
 0722719678,Dr Pill Ileana 0762241830,Dr Duma Ligia 0746199560, Dr
 Mangu Andreea 0722441783,Lupencea Adina,0722521016,Dr Urechescu
 Mirela 0722644846.... Dr Diosi Andreea
 0727923659.....



- 3) Prețul de vânzare al cabinetului este. 50000 €.....
- 4) Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența este Timisoara Str Aleea Inului nr 4
- 5) Numărul de telefon.....0723663597.....

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

Data:02/05/2022

Semnătura:

Dr Burca Eleonora

BURCA
ELEONO
RA

Semnat digital
de BURCA
ELEONORA
Data: 2022.05.04
15:41:17 +03'00'

Președintelui Colegiului Medicilor din România/ Președintelui Colegiului
Medicilor Teritorial