

INTRARE Nr. *h468*
 din *20* (ziua) *09* (luna) *2022* (anul)

COLEGIUL MEDICILOR DIN ROMANIA
 INTRARE Nr. *1057*
 din *21* (ziua) *09* (luna) *2022* (anul)

Cerere de vânzare/cesionare/donație praxis

Domnule Președinte al CMR/ Colegiului Medicilor din Judetul Mures

Subsemnatul (nume, prenume) POPA AURELIA cu CNP
 titular al cabinetului de medicină de familie din cadrul CMI ” Dr. Popa Aurelia” cu
 sediul în Târnăveni , str. Republicii nr. 35, județ Mureș, în conformitate cu

OUG 68/2008

OMS 1322/2006

vă notific intenția de vânzare/cesionare/donație a praxisului CMI ” Dr. Popa
 Aurelia” începând cu data de 01.01.2023.

Vă aduc la cunoștință următoarele:

- 1) Titularul/titularii dreptului de preempțiune, conform art. 28 alin 2 din OUG
 68/2008 sunt: - NU ESTE CAZUL, spațiul se află în concesiune

- 2) Adresa și numărul de telefon al titularului/ titularilor dreptului de preempțiune
 este/sunt: - NU ESTE CAZUL

- 3) Prețul de vânzare al cabinetului este – nu este cazul
- 4) Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența este
 Târnăveni, str. Republicii nr.35, județ Mureș.
- 5) Numărul de telefon 0754762129

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

Data: 20.09.2022

Semnătura:

Președintelui Colegiului Medicilor din România/ Președintelui Colegiului Medicilor
 Teritorial