



Cerere de vânzare/cesionare/donație praxis

Domnule Președinte al CMR/ Colegiului Medicilor din Judetul Mures

Subsemnatul (nume, prenume) POP SORIN cu CNP _____ titular
al cabinetului de medicină de familie CMI Dr." Pop Sorin" cu sediul profesional în
Miercurea Nirajului, str. Teilor nr.54, județ Mureș, în conformitate cu

OUG 68/2008

OMS 1322/2006

vă notific intenția de **vânzare**/cesionare/donație a praxisului CMI " Dr. Pop Sorin" 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 Miercurea Nirajului, str. Teilor nr.54, județ Mureș.
- 5) Numărul de telefon 0773766518

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

Data: 23.09.2022

Semnătura:

Președintelui Colegiului Medicilor din România/ Președintelui Colegiului Medicilor Teritorial