



Cerere vânzare/cesionare/donație Praxis

Domnule Președinte al CMR/ Colegiului..... ^{București}

Subsemnatul (a) (nume, prenume) ^{ORGAVRIU MIHAELA}.....având
 CNPtitular al cabinetului de medicină de familie din cadrul
 CMI/SRL/..... ^{CMI Dr. Jovanu Mihail}.....cu sediul
 în ^{București, sect 2 Str. Giuseppe Gambardi}.....în
 confromitate cu?

UG 68/2008

OMS 1322/2006

vă notific intenția de vânzare/cesionare/donație a praxisului.....

începând cu data de: ^{15.11.2023}.....

Vă aduc la cunoștință următoarele:

- 1) Titularul/titularii dreptului de preempțiune este/sunt *conf. Art.28 alin.2* din UG 68/2008 sunt:.....
- 2) Adresa și numărul de telefon al titularului/ titularilor dreptului de preempțiune este/sunt: ^{STR. GIUSEPPE GAMBARDI Nr 20 (Straj) Sect 2 București}.....
- 3) Prețul de vânzare al cabinetului este:.....
- 4) Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența este: ^{STR. GIUSEPPE GAMBARDI Nr 20 (Straj) București}.....
- 5) Numărul de telefon: ⁰⁷²²⁴⁴³⁰¹⁹.....

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

Data: ^{17.11.2022}

semnătura:

Președintelui Colegiului Medicilor din România/ Președintelui Colegiului Medicilor Teritorial