



## Cerere vânzare/cesionare/donație Praxis

Domnule Președinte al CMR/ Colegiului.....MUREȘ

Subsemnatul (a) (nume, prenume) GROZA IOANA.....având  
 CNP..... titular al cabinetului de medicină de familie din cadrul  
 CMI/SRL/ GROZA IOANA.....cu sediul  
 în TARNAHENI str. DR. GROZA IOANA.....în  
 conformitate cu:

OUG 68/2008

OMS 1322/2006

vă notific intenția de vânzare/cesionare/donație a praxisului CHI GROZA IOANA  
 începând cu data de: 01-01-2023

Vă aduc la cunoștință următoarele:

1) Titularul/titularii dreptului de preempțiune este/sunt **conf. Art.28 alin.2** din  
 OUG 68/2008 sunt:.....

..... am este cazul .....

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

GROZA IOANA  
TARNAHENI str. DR. HECTOR Kobes Nr 2

3) Prețul de vânzare al cabinetului este:.....

4) Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența  
 este: gro-ana@yahoo.com.....

5) Numărul de telefon: 0745 301215.....

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

Data:

22-XI-2022

Semnătura:

Președintelui Colegiului Medicilor din România/ Președintelui Colegiului Medicilor  
 Teritorial