



Cerere de vânzare / cesionare / donație praxis

Domnule Președinte al CMR / Colegiului Medicilor BUCUREȘTI

Subsemnatul (nume, prenume) NITĂ ANCA IRINA cu CNP _____
titular al cabinetului de medicină de familie C.M.I. DR. NITĂ ANCA IRINA
cu sediul în BD. MĂRĂȘTI 63 SECTOR 1 BUCUREȘTI, în confomitate cu:

I I OUG 68/2008

IX I OMS 1322/2006

vă notific intenția de vânzare / cesionare / donație a praxisului începând cu: 01.12.2022

Vă aduc la cunoștință următoarele:

- 1) Titularul / titularii dreptului de preempțiune, conform art. 28 alin 2 din OUG 68/2008 este / sunt: nu este cazul.
- 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:
Bd. Mărăști 63 Sector 1 București
- 5) Numărul de telefon: 0722 556 395

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

Data: 09.11.2022

Semnătura: