

INTRARE Nr. 5379

din 14 (ziua) 11 (luna) 2022 (anul)

Cerere vânzare/cesionare/donație Praxis

Domnule Președinte al CMR/ Colegiului MUREȘ



Subsemnatul (a) (nume, prenume) VILHELEM ANA.....având
 CNP..... titular al cabinetului de medicină de familie din cadrul
 CMI/SRL/ DR. VILHELEM ANA..... cu sediul
 în STR. PRINCIPALA NR. 111, COMUNA MĂGHELEAȘ, JUD. MUREȘ..... în
 conformitate cu:

OUG 68/2008 OMS 1322/2006

vă notific intenția de vânzare/cesionare/donație a praxisului CMI DR. VILHELEM ANA
 începând cu data de: 14.11.2022.....

Vă aduc la cunoștință următoarele:

- 1) Titularul/titularii dreptului de preempțiune este/sunt *conf. Art.28 alin.2* din OUG 68/2008 sunt: NU ESTE CAZUL.....
- 2) Adresa și numărul de telefon al titularului/ titularilor dreptului de preempțiune este/sunt:
STR. LIBERTĂȚII NR. 49 AP. 35, TG-MUREȘ, JUD. MUREȘ
TEL: 0754.92.93.23.....
- 3) Prețul de vânzare al cabinetului este: NU ESTE CAZUL.....
- 4) Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența este: e-mail: dr.vilhelemanna@gmail.com.....
- 5) Numărul de telefon: 0754.92.93.23.....

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

Data: 14 11 2022

Semnătura;

Președintelui Colegiului Medicilor din România/ Președintelui Colegiului
 Medicilor Teritorial

VILHELE
 M ANA

Digitally signed by
 VILHELEM ANA
 Date: 2022.11.14
 12:13:51 +02'00'