



Cerere vânzare/cesionare/donație Praxis

Domnule Președinte al CMR/ Colegiului.....

Subsemnatul (a) (nume, prenume) HĂU V. IULIANA - MAGDALENA.....având
CNP..... ORTOPEDIE titular al cabinetului de medicină de familie din cadrul
CMI/~~SPL~~/ORTOPEDIE - TRAUMATOLOGIE dr HĂU IULIANA - MAGDALENA.....cu sediul
în Suceava, nr. Stefan cel Mare 478.....în
confruntare cu:

OUG 68/2008



OMS 1322/2006



vă notific intenția de vânzare/cesionare/donație a praxisului Spatiu cabinet, detinut în cota de 1/3

începând cu data de: 1.02.2023

Vă aduc la cunoștință următoarele:

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

2) Adresa și numărul de telefon al titularului/ titularilor dreptului de preempțiune
este/sunt: conform anexei nr. 1

3) Prețul de vânzare al cabinetului este: 10.000 euro, cu drept de uzufruct 5 ani

4) Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența
este: Suceava, nr. Stefan cel Mare 478

5) Numărul de telefon: 0743377528

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

Data: 19.12.2022

Semnătura:

Președintelui Colegiului Medicilor din România/ Președintelui Colegiului Medicilor
Teritorial