



Cerere vânzare/cesionare/donație Praxis

Domnule Președinte al CMR/ Colegiului.....

Subsemnatul (a) (nume, prenume) DR POPA CARMEN MARIANA având
CNP. titular al cabinetului de medicină de familie din cadrul
CMI/SRL DR. POPA CARMEN MARIANA cu sediul
în 12. LUNGHIETII NR 6 FETIOR 2 BUCUREȘTI în
confrimitate cu:

OUG 68/2008

OMS 1322/2006

vă notific intenția de vânzare/cesionare/donație a praxisului CMI DR POPA CARMEN MARIANA
începând cu data de: 11.01.2023.....

Vă aduc la cunoștință următoarele:

- 1) Titularul/titularii dreptului de preempțiune este/sunt **conf. Art.28 alin.2** din
OUG 68/2008 sunt:
- 2) Adresa și numărul de telefon al titularului/ titularilor dreptului de preempțiune
este/sunt:
- 3) Prețul de vânzare al cabinetului este:.....
- 4) Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența
este: carmenpopa10@yahoo.com.....
- 5) Numărul de telefon: 0762218076

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

Data:

11.01.2023

Semnătura:

Președintelui Colegiului Medicilor din România/ Președintelui Colegiului Medicilor
Teritorial