

Cerere vânzare/cesionare/donație Praxis



Domnule Președinte al CMR/ Colegiului.....

Subsemnatul (a) (nume, prenume) IVAN MAGDA RUXANDRA având  
CNP [redacted] titular al cabinetului de medicină de familie din cadrul  
CMI/SRL/ CMI Moșteuitor cu sediul  
în Kaba Hovac ur 2 sector 3 București în  
confrontare cu:

OUG 68/2008



OMS 1322/2006



vă notific intenția de vânzare/cesionare/donație a praxisului .....

începând cu data de: 01.02.2023.....

Vă aduc la cunoștință următoarele:

- 1) Titularul/titularii dreptului de preempțiune este/sunt *conf. Art.28 alin.2* din  
OUG 68/2008 sunt: .....  
- auexate
- 2) Adresa și numărul de telefon al titularului/ titularilor dreptului de preempțiune  
este/sunt: - auexate
- 3) Prețul de vânzare al cabinetului este: 75.000 €
- 4) Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența  
este: wagda-ivan2004@yahoo.com
- 5) Numărul de telefon: 0745761095

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

Data: 29.XII.2022

Semnătura:

Președintelui Colegiului Medicilor din România/ Președintelui Colegiului Medicilor  
Teritorial