



Cerere vânzare/cesionare/donație Praxis

Domnule Președinte al CMR/ Colegiului.....

Subsemnatul (a) (nume, prenume) EVANGHELIA GETA..... având
CNP..... Titular al cabinetului de medicină de familie din cadrul
CMI/SRL/ D. Evangelia Geta..... cu sediul
în Sos. Chitilei Im. Nr. 9, București, Sect. 1..... în
conformitate cu:

OUG 68/2008

OMS 1322/2006

vă notific intenția de vânzare/cesionare/donație a praxisului

începând cu data de: 1. mai 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: 3000 Euro
- 4) Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența
este: contact @ excelenta in medicina.ro
- 5) Numărul de telefon: 0723.157.073, 0755 101101

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

Data: 13.04.2023

Semnătura:

Președintelui Colegiului Medicilor din România/ Președintelui Colegiului Medicilor
Teritorial