

Cerere vânzare/cesionare/donație Praxis

Domnule Președinte al CMR/ Colegiului..... **MEDICILOR DIN ROMANIA**

Subsemnatul (a) (nume, prenume)..... **ZAMFIR STEFANIA**.....având
CNP..... titular al cabinetului de medicină de familie din cadrul
CMI/SRL/..... **DR. ZAMFIR STEFANIA**.....cu sediul
în..... **BUCUREȘTI, STR. TEHUȘ NR. 3, SECTOR 5**.....în
confronitate cu:

OUG 68/2008



OMS 1322/2006



vă notific intenția de vânzare/cesionare/donație a praxisului..... **CMI, DR. ZAMFIR STEFANIA**
începând cu data de:.....

Vă aduc la cunoștință următoarele:

- 1) Titularul/titularii dreptului de preempțiune este/sunt **conf. Art.28 alin.2** din OUG 68/2008 sunt:.....
..... **VEZI VERSO**.....
- 2) Adresa și numărul de telefon al titularului/ titularilor dreptului de preempțiune este/sunt:
..... **VEZI VERSO**.....
- 3) Prețul de vânzare al cabinetului este:..... **30.000 EURO**.....
- 4) Adresa de corespondență, la care vă solicit a-mi transmite corespondența este:..... **zamfirstefania@yahoo.com**.....
- 5) Numărul de telefon:..... **0745072972**.....

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

Data: **12.04.2023**

Semnătura:

Președintelui Colegiului Medicilor din România/ Președintelui Colegiului Medicilor Teritorial

