



Cerere vânzare/cesionare/donație Praxis

Domnule Președinte al CMR/ Colegiului.....

Subsemnatul(a)(nume,prenume)...DRIVANCIU IOANAavând
CNF ... titular al cabinetului de medicină de familie din cadrul
CMI/SRL/...IVANCIUMEDCONSULT SRL.....cu sediul
în...BUCURESTISTR.TEIUS3PARTER,CAM.P5,P6,P7SECTOR5.....
=.....în conformitate cu:

OUG 68/2008

OMS 1322/2006

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

începând cu data de:01.09.2023.....

Vă aduc la cunoștință următoarele:

- 1) Titularul/titularii dreptului de preempțiune este/sunt **conf. Art.28 alin.2** din
OUG 68/2008 sunt: CENTRULMEDICAL”DRFURTUNA
DAN”.....
.....
- 2) Adresa și numărul de telefon al titularului/ titularilor dreptului de
preempțiune este/sunt:
STRTEIUS3SECT.5BUCURESTI
TEL0733107600.....
.....
- 3) Prețul de vânzare al cabinetului este:.....
- 4) Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența
este:.....iivanciu1953@gmail.com.....
.....
- 5) Numărul de telefon:0723166236.....

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