



Cerere vânzare/cesionare/donație Praxis



Domnule Președinte al CMR/ Colegiului Medicilor Mures

Subsemnatul (a) (nume, prenume) NISTOR Liana având CNP titular al cabinetului de medicină de familie din cadrul CMI " Dr. Nistor Liana" cu sediul în Tg-Mureș, str. Cisnădiei nr.1, județ Mureș, în confruntare cu:

OUG 68/2008

OMS 1322/2006

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

începând cu data de: **12.07.2023**.

Vă aduc la cunoștință următoarele:

- 1) Titularul/titularii dreptului de preempțiune este/sunt **conf. Art.28 alin.2** din OUG 68/2008 sunt:.....Nu este cazul
- 2) Adresa și numărul de telefon al titularului/ titularilor dreptului de preempțiune este/sunt: Nu este cazul
- 3) Prețul de vânzare al cabinetului este nu este cazul
- 4) Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența este: Tg-Mureș, str. Cisnădiei nr.1
- 5) Numărul de telefon: 0745751905

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

Data: 22.05.2023

Semnătura:

Președintelui Colegiului Medicilor din România/ Președintelui Colegiului Medicilor din Județul Mureș