

Cerere vânzare/cesionare/donație Praxis

Domnule Președinte al CMR/ Colegiului MUNICIPIULUI
BUCUREȘTI

Subsemnatul (a) (nume, prenume) SAMOSCH IULIANA având
CNP /titular al cabinetului de medicină de familie din cadrul
CMI/SRLI CMIOR SAMOSCH IULIANA cu sediul
în BUCUREȘTI, BD. THEODOR PALLADY NR. 18, în
confrontare cu: BL. 15A, SC A, SECTOR 3

UG 68/2008

OMS 1322/2006

11 f

vă notific intenția de vânzare/cesionare/donație a praxisului CMIOR SAMOSCH
IULIANA
începând cu data de: 01.06.2023

Vă aduc la cunoștință următoarele:

- 1) Titularul/titularii dreptului de preempțiune este/sunt **conf. Art.28 alin.2** din
UG 68/2008 sunt:
- 2) Adresa și numărul de telefon al titularului/ titularilor dreptului de preempțiune
este/sunt:
- 3) Prețul de vânzare al cabinetului este: 14.300 euro - la cursul oficial
- 4) Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența
este: IULIANA.SAMOSCH@GMAIL.COM
- 5) Numărul de telefon: 0748483246

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

Solicit ridicarea
personalei a adverteții de
la CMR

Data:

04.05.2023

Semnătura

Președintelui Colegiului Medicilor din România/ Președintelui Colegiului Medicilor
Teritorial