

Cerere vânzare/cesionare/donație Praxis



Domnule Președinte al CMR/ Colegiului... CĂLĂRAȘI

Subsemnatul (a) (nume, prenume)... TELEȘCU... LILIAN... având
CNP... .. titular al cabinetului de medicină de familie din cadrul
CMI/SRL/... DOCTOR TELEȘCU SRL... cu sediul
în com. Unirea (Sat Olănești), Str. Șoseaua Călărași-Fetești nr. 44, în
confrimitate cu: jud. CĂLĂRAȘI

OUG 68/2008



OMS 1322/2006



vă notific intenția de vânzare/cesionare/donație a praxisului ... DOCTOR TELEȘCU SRL
începând cu data de: 08.06.2023.....

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: com. Unirea (Sat Olănești) Str. Șoseaua Călărași-Fetești nr. 44 - SEDIUL SOCIAL DOCTOR TELEȘCU SRL cu punct de lucru com. Borzești, Str. Calea Călărași nr. 163, jud. CĂLĂRAȘI
- 3) Prețul de vânzare al cabinetului este: 45.000 EURO
- 4) Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența este: Mail: telesculililian@yahoo.com
- 5) Numărul de telefon: 0722375798, 0725931553

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

Data: 31.05.2023

Semnătura:

Președintelui Colegiului Medicilor din România/ Președintelui Colegiului Medicilor Teritorial