

NR. ÎNREG. CMR 6137/17.07.2023



Cerere vânzare/cesionare/donație Praxis

Domnule Președinte al CMR/ Colegiului.....M.H.....

Subsemnatul (a) (nume, prenume) FLORESCU MIHAELA - IOANA ...având
CNP. 273.0204250524 titular al cabinetului de medicină de familie din cadrul
CMH/SRL/ FMI MEDTAM S.R.Lcu sediul
în DR. TR. SEVERIN STR. MARAȘTI NR. 48 în
conformitate cu:

OUG 68/2008 OMS 1322/2006

vă notific intenția de vânzare/cesionare/donație a praxisului FMI MEDTAM S.R.L
începând cu data de: 01.07.2023...

Vă aduc la cunoștință următoarele:

- 1) Titularul/titularii dreptului de preempțiune este/sunt **conf. Art.28 alin.2** din OUG 68/2008 sunt: CMi.FAMILIA - Titular DR. FLORESCU MIHAELA - IOANA
- 2) Adresa și numărul de telefon al titularului/ titularilor dreptului de preempțiune este/sunt: CMi.FAMILIA - DR. TR. SEVERIN, ALEEA PRIVIGHETORII NR.8 BR. T. Sc 3 Ap 2 0740895302 / 0252321335
- 3) Prețul de vânzare al cabinetului este:
- 4) Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența este: DR. TR. SEVERIN, STR. MARAȘTI NR. 48
- 5) Numărul de telefon: 0740.895302 / 0252321335

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

Data: 7.07.2023

Semnătura:

Președintelui Colegiului Medicilor din România/ Președintelui Colegiului
Medicilor Teritorial