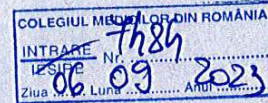


Dacă e nevoie de date suplimentare va rog sa ma contactați la nr tel 0745870825 Dr Ciobanu



Cerere vânzare/cesionare/donație Praxis

Domnule Președinte al CMR/ Colegiului.....

Subsemnatul(a) ANNA (nume, prenume) CIOBANU MAGDALENA având CNP..... utular al cabinetului de medicină de familie din cadrul CMI/SRL/ CMPI CIOBANU MAGDALENA ADINA cuse diul in PITESTI

inclinica nr. 2, b-dul IC Bratianu in conformitate cu: OUG 68/2008 OMS 132/16 Jud Arges - cabinet 2 etaj

vă notific intenția de vânzare/cesionare/donație a praxisului... cabinet 2, et I, începând cu data de: 1 oct 2023 b-dul IC Bratianu nr. 18-20-22, bltze A3-4

Vă aduc la cunoștință următoarele:

- 1) Titularul/titularii dreptului de preempțiune este/sunt conf. Art.28 alin.2 din OUG 68/2008 sunt: CARAPCHITIC DR. CIOBANU (RL), POLICLINICA NR. 2, DR. FRATARHOACHE CRISTINA, POLICLINICA NR. 2
- 2) Adresa numărul de telefon al titularului/ titularilor dreptului de preempțiune este/sunt: DR. CIOBANU ANNA tel. 0745870825 b-dul IC Bratianu nr. 18-20-22, bltze A3-4, etaj I CARDIOLOGIE, PITESTI
- 3) Prețul de vânzare al cabinetului este: 56.500 RON
- 4) Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența este: IC Bratianu nr. 18-20-22, bltze A3-4, ap. 6, PITESTI, ARGEȘ
- 5) Numărul de telefon: 0745870825

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

Data: Semnătura: [Redacted Signature]

06.09.2023. Președintelui Colegiului Medicilor din România/ Președintelui Colegiului Medicilor Teritorial