



Cerere vânzare/~~cesiunare~~/donatie Praxis

Domnule Președinte al CMR/ Colegiului Medicilor Calarasi

Subsemnatul (a) (nume, prenume)..... **COHN SORIN - RAUL**.....având CNP.. ..... titular al cabinetului de medicină de familie din cadrul CMI/~~SPL~~/..... **DR. COHN SORIN - RAUL**....cu sediul în... **COMUNA CHIRNOGI, JUDETUL CALARASI**.....în confromitate cu:

**OUG 68/2008**

**OMS 1322/2006**

vă notific intenția de vânzare/~~cesiunare~~/donatie a praxisului începând cu data de:...**01.11.2023**...

Vă aduc la cunoștință următoarele:

- 1) Titularul/~~titularii~~ dreptului de preempțiune este/~~sunt~~ **conf. Art.28 alin.2** din OUG 68/2008 este /~~sunt~~:  
.....**CARBUNEANU TATIANA**.....
- 2) Adresa și numărul de telefon al titularului/ ~~titularilor~~ dreptului de preempțiune este/~~sunt~~:  
**STR. ALEXANDRU ILIESCU NR. 24A, BL. M12, SC. 1, AP. 11, MUNICIPIUL OLTENITA, JUDETUL CALARASI, telefon : 0726.323.897, e-mail : tatianacarbuneanu@gmail.com**
- 3) Prețul de vânzare al cabinetului este .....
- 4) Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența este: **STR.CAMPIA LIBERTATII NR.27, BL.42, SC. 1, ET.2, AP.10, SECT.3, BUCURESTI**
- 5) Numărul de telefon: **0723.533.331, e-mail : sorin26raul@yahoo.com**
- 6) Având în vedere cele menționate vă solicit eliberarea adeverinței necesare vânzării/~~cesiunării~~/donatiei praxisului.

Data: **18.09.2023**

Semnătura:

Președintelui Colegiului Medicilor din România /

Președintelui Colegiului Medicilor Calarasi