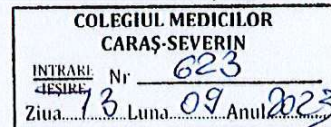




CERERE DE VÂNZARE/CESIONARE/DONAȚIE PRAXIS
DOMNUL PREȘEDINTE AL CMR/ COLEGIUL MEDICILOR DIN JUDEȚUL
CARAȘ-SEVERIN



Subsemnatul/a...**SCRUM CRISTIAN**cu CNP... ..titular/ă al/a cabinetului..
CAB.MED.IND.MED.FAM DR.SCRUM CRISTIANdin cadrul **ORAS MOLDOVA NOUA**..cu
sediul în.....**SOS N.TITULESCU BL.22 SC.2 AP.4, IN CALITATE DE MOSTENITOR LEGAL**..in
conformitate cu:

OUG 68/2008

OMS 1322/2006

Vă notific intenția de vânzare/cesionare/donație a praxisului...**CESIONARE**..-**CAB.MED.IND.**
DR.SCRUM ADRIAN.....
începând cu data
de.....**01.10.2023**.....

Vă aduc la cunoștință următoarele:

1) Titularul/titularii dreptului de preemțiune cf. Art.28 alin.2 din OUG 68/2008 sunt/este:

.....**NU**.....

ESTE

CAZUL.....

2) Adresa și numărul de telefon al titularului/ titularilor dreptului de preemțiune sunt/este:

.....**MOLDOVA NOUA SOS.N.TITULESCU BL.22 SC 2 AP.4 TEL**
0751194647.....

3)Prețul de vânzare al cabinetului
este: ...**0**.....**MOSTENIRE**.....

4) Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența este:

.....**scrum.cristian@gmail.com**.....

5) Numărul de
telefon: ...**0751194647**.....

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

Data:
11.09.2023

Semnătura: