



Cerere vânzare/cesionare/donație Praxis

Domnule Președinte al CMR/ Colegiului.....

Subsemnatul (a) (nume, prenume) Agache Cosmin – Alexandru având CNP  
titular al cabinetului de medicină de familie din cadrul CMI Dr.  
Pintilie Maria cu sediul în Jud. Iasi, Com. Raducaneni, Bloc A7, Scara B, Ap. 1,  
parter în confruntare cu:

**OUG 68/2008**

**OMS 1322/2006**

vă notific intenția de vânzare a praxisului “ DR. PINTILIE MARIA ” – CABINET  
INDIVIDUAL – MEDICINA DE FAMILIE

începând cu data de:.....

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: .....
- 3) Prețul de vânzare al cabinetului este: 9.000 Euro
- 4) Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența este:  
cosminagache87@yahoo.com
- 5) Numărul de telefon: 0754706359

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

Data: 17.10.2023

Semnătura

Președintelui Colegiului Medicilor din România/ Președintelui Colegiului Medicilor  
Teritorial