



Cerere vânzare/cesionare/donație Praxis

Domnule Președinte al CMR/ Colegiului Mures

Subsemnatul (a) (nume, prenume DR. CATANA NICULINA...având CNP [redacted] titular al cabinetului de medicină de familie din cadrul CMI/...BRINCOVENESTI....cu sediul în BRINCOVENESTI 249/A...în conformitate cu:

OUG 68/2008

OMS 1322/2006

vă notific intenția de vânzare/cesionare/donație a praxisului .....

începând cu data de 01.01.2024

Vă aduc la cunoștință următoarele:

- 1) Titularul/titularii dreptului de preempțiune este/sunt **conf. Art.28 alin.2** din OUG 68/2008 sunt:...NU ESTE CAZUL.
- 2) Adresa și numărul de telefon al titularului/ titularilor dreptului de preempțiune este/sunt:  
NU ESTE CAZUL
- 3) Prețul de vânzare al cabinetului este:...NU ESTE CAZUL
- 4) Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența este:...nina.catana@yahoo.com
- 5) Numărul de telefon:...0742001660.

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

Data:

12.10.2023

Semnătura:

[redacted]

Președintelui Colegiului Medicilor din România/ Președintelui Colegiului Medicilor Teritorial