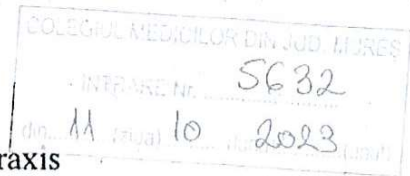


Nr.înreg. CMR 8690/12.10.2023



Cerere vânzare/cesionare/donație Praxis

Domnule Președinte al CMR/ Colegiului Mures

Subsemnatul(a)(nume,prenume) Dr. CSIKI VIORICA EDIT,având CNP :
 titular al cabinetului de medicină de familie din cadrul CMI/SRL/
 CMI.Dr.CSIKI VIORICA EDIT,cu sediul în Ludus,Str.Garofitei,BI.15,sc.C,Ap2,în
 confromitate cu:

OUG 68/2008

OMS 1322/2006

vă notific intenția de vânzare/cesionare/donație a praxisului CMI.Dr.CSIKI
 VIORICA EDIT

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 e cazul

- 2) Adresa și numărul de telefon al titularului/ titularilor dreptului de
 preempțiune este/sunt: nu e cazul

- 3) Prețul de vânzare al cabinetului este:.....
- 4) Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența
 este:Str.Garofitei,BI.15,Sc.C,Ap.2,Ludus
- 5) Numărul de telefon:0365/430843

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

Data:

11.10.2023

Semnătura:

Președintelui Colegiului Medicilor din România/ Președintelui Colegiului
 Medicilor Teritorial