



Cerere vânzare/cesionare/donație Praxis

Domnule Președinte al CMR/ Colegiului..... **MUREȘ**

Subsemnatul (a) (nume, prenume) **MIHĂESCU ICEANA - GREȚA** având CNP..... titular al cabinetului de medicină de familie din cadrul CMI/SRL/ **CMI DA MIHĂESCU ICEANA - GREȚA**..... cu sediul în **TC. MUREȘ - STR. REPUBLICII NR 211**..... în conformitate cu:

OUG 68/2008

OMS 1322/2006

vă notific intenția de vânzare/cesionare/donație a praxisului **CMI Dr. M-1**

începând cu data de: **1.01.2024**

Vă aduc la cunoștință următoarele:

- 1) Titularul/titularii dreptului de preempțiune este/sunt **conf. Art.28 alin.2** din OUG 68/2008 sunt: **Dr. SUCEA PAUCA ANCA**
- 2) Adresa și numărul de telefon al titularului/ titularilor dreptului de preempțiune este/sunt: **TC. MUREȘ - STR. LIVEZENI NR. 34E AP. 27**
Tel : 0748900211
- 3) Prețul de vânzare al cabinetului este: **50 000 EUR**
- 4) Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența este: **MIHĂESCU-ICENA (@ yahoo.com)**
- 5) Numărul de telefon: **0365416202**

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

Data:

3.10.2023

Șemnătura:

Președintelui Colegiului Medicilor din România/ Președintelui Colegiului Medicilor Teritorial