



Cerere vânzare/cesionare/donație Praxis

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

Subsemnatul (a) (nume, prenume)..... PETRUC BEATRIX.....având
 CNP..... titular al cabinetului de medicină de familie din cadrul
 CMI/SRL/..... CMI DR. PETRUC BEATRIX.....cu sediul
 în..... FĂNTĂNELE STR. PRINCIPALA NR. 168.....în
 confruntare cu:

OUG 68/2008

OMS 1322/2006

vă notific intenția de vânzare/cesionare/donație a praxisului

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:..... DR. PETRUC BEATRIX.....
- 2) Adresa și numărul de telefon al titularului/ titularilor dreptului de preempțiune este/sunt:..... COH. FĂNTĂNELE STR. PRINCIPALA NR. 168.....
- 3) Prețul de vânzare al cabinetului este:.....
- 4) Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența este:..... omipetrucbeatrix@gmail.com.....
- 5) Numărul de telefon:..... 0766 149 437.....

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

Data: 3.10.2023

Semnătura:

Președintelui Colegiului Medicilor din România/ Președintelui Colegiului Medicilor Teritorial