



Cerere vânzare/cesionare/donație Praxis

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

Subsemnatul (a) (nume, prenume) *PETRU DAN MIHAI*.....având
 CNP titular al cabinetului de medicină de familie din cadrul
 CMI/SRL/ *CMI de Petru Dan Mihai*.....cu sediul
 în *FĂNTÂNELE DE PRUCI PRUȘA NR 169 pt MUREȘ*.....în
 conformitate 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. PETRU DAN MIHAI*.....

2) Adresa și numărul de telefon al titularului/ titularilor dreptului de preempțiune
 este/sunt: *ca FĂNTÂNELE DE PRUCI PRUȘA NR 169 TEL 076653956*

3) Prețul de vânzare al cabinetului este:.....

4) Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența
 este: *cmipetru@danmihai@gmail.com*.....

5) Numărul de telefon: *076653956*.....

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

Data: *03.10.2023*

Semnătura:

Președintelui Colegiului Medicilor din România/ Președintelui Colegiului Medicilor
Teritorial