



Cerere vânzare/cesionare/donație Praxis

Domnule Președinte al CMR/ Colegiului.....

Subsemnatul (a) (nume, prenume) POP SORIN având
 CNP. [REDACTAT] titular al cabinetului de medicină de familie din cadrul
 CMI/SRLI AR: POP SORIN cu sediul
 în Mucuruș-Nuș, Str. Teicuș 54 în
 confruntare cu:

OUG 68/2008

OMS 1322/2006

vă notific intenția de vânzare/cesionare/donație a praxisului CMI AR POP SORIN
 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: Mucuruș-Nuș, Str. Teicuș 54
- 5) Numărul de telefon: 0752 106 079

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

Data: 18.10.2023

Semnătura:

Președintelui Colegiului Medicilor din România/ Președintelui Colegiului Medicilor Teritorial