



Cerere vânzare/cesionare/donație Praxis

Domnule Președinte al CMR/ Colegiului..... BOTOSANI

Subsemnatul (a) (nume, prenume)..... DARIE DOINA.....având
 CNP.....
 Titular al cabinetului de medicină de familie din cadrul
 CMI/SRL..... DR. DARIE DOINA.....cu sediul
 în..... BOTOSANI - CALEA NATIONALA 57.....în
 conformitate cu:

OUG 68/2008



OMS 1322/2006



vă notific intenția de vânzare/cesionare/donație a praxisului CHI DR DARIE DOINA
 începând cu data de:..... 01.12.2023.....

Vă aduc la cunoștință următoarele:

- 1) Titularul/titularii dreptului de preempțiune este/sunt *conf. Art.28 alin.2* din
 OUG 68/2008 sunt:
- 2) Adresa și numărul de telefon al titularului/ titularilor dreptului de preempțiune
 este/sunt:
- 3) Prețul de vânzare al cabinetului este:.....
- 4) Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența
 este: BOTOSANI - CALEA NATIONALA 57..... 710025.....
- 5) Numărul de telefon:..... 0745544881.....

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

Data: 01.11.2023

Semnătura:

Președintelui Colegiului Medicilor din România/ Președintelui Colegiului Medicilor
 Teritorial