



Cerere vânzare/cesionare/donație Praxis

Domnule Președinte al CMR/ Colegiului.....

Subsemnatul (a) (nume, prenume)PETCU AUREL IOAN având CNP: [redacted] titular al cabinetului de medicină de familie din cadrul CABINETE.MEDICALE.ASOCIAATE- DISPENSAR MEDICAL BETHAUSEN cu sediul în COM BETHAUSEN NR 49 JUD TIMIS.....în confruntare cu:

**OUG 68/2008**

**OMS 1322/2006**

vă notific intenția de donație a praxisului medical (nu si spatiul)

începând cu data de:01.01. 2024 sau cand sunt finalizate actele necesare predarii.

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:E- mail anda\_ica@yahoo.com
- 5) Numărul de telefon:0723 37 42 38

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

Data:

19.12.2023

Semnătura: PETCU AUREL IOAN

[redacted]  
Președintelui Colegiului Medicilor din România/ Președintelui Colegiului Medicilor Teritorial