

Cerere vânzare/cesionare/donație Praxis

Domnule Președinte al CMR/ Colegiului.....

Subsemnatul (a) Coadă Maria Magdalena, având CNP [redacted] titular al cabinetului de medicină de familie din cadrul CMI/SRL/ dr. Coadă Maria cu sediul în Comuna Caianu, Strada Principala nr 220, jud. Cluj, 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:
- 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: coadamagdalena@gmail.com
- 5) Numărul de telefon:0746-483.141

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

Data: 09.01.2024



Președintelui Colegiului Medicilor din România/ Președintelui Colegiului Medicilor Teritorial