

Cerere vânzare/cesionare/donație Praxis

Domnule Președinte al CMR/ Colegiului..... IASI



Subsemnatul(a) ZAHACINSCHI ANANA CARMEN (nume prenume)..... având CNP 260042522/155
.....titular al cabinetului de medicină de familie din cadrul CMI/SRL/ CAB MED FIED SRL.....cusediul n. IASI str. VITEJIZOR 17.....în confromitate cu:

BUG 68/2008OMS 132 16 - ORAIN MS, 1322/2006

vănotific intenția de vânzare/cesionare/donație a praxisului începând cu data de: 1.02.2024

Văaduc la cunoștință următoarele:

- 1) Titularul/titularii dreptului de preempțiune este/sunt conf. Art.28 alin.2 din OUG 68/2008 sunt:.....
- 2) Adresa numărul de telefon al titularului/ titularilor dreptului de preempțiune este/sunt:.....
- 3) Prețul de vânzare al cabinetului este: 18000 euro
- 4) Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența este: IASI str. VITEJIZOR 17, mail loza.dyeyaboo.com
- 5) Numărul de telefon: 0744.423493

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

Data: Semnătura:

1.02.2024

