

Cerere vânzare/cesionare/donație Praxis

Domnule Președinte al CMR/ Colegiului.....

Subsemnatul(a) (nume, prenume) DR. ȘU. BOGDAN IONEL având CNP [redacted]titular al cabinetului de medicină de familie din cadrul CMH/SRL/ DR. ȘU. MENDEL CENTER c. sediul n. BUCUREȘTI, BEOAR 6 SA PULUI 63 PARTI CA 37-38 în confruntare cu:

BUG 68/2008 OMS 132 [redacted] 6

vă notific intenția de vânzare/cesionare/donație a praxisului 1/2 CAZ MENDEL începând cu data de:..... MARTIE 37-38

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 numărul de telefon al titularului/ titularilor dreptului de preempțiune este/sunt:

0733387716

3) Prețul de vânzare al cabinetului este: 36000 EURO 1/2 CAZ MENDEL

4) Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența este: PRULUI 63 PARTI CA 37-38

5) Numărul de telefon:..... 0733387716

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

Data: Semnătura:

26.02.2024

