

Cerere vânzare/cesionare/donație Praxis

Domnule Președinte al CMR/ Colegiului.....DOCT.....

Subsemnatul (a) (nume, prenume) TOCA AURELIA DENISA.....având
CNP [redacted].....titular al cabinetului de medicină de familie din cadrul
CMI/SRI DR. TOCA AURELIA DENISA
în.....COMUNA ARGETONIA.....cu sediul
în.....în
conformitate cu:

UG 68/2008

OMS 1322/2006

vă notific intenția de vânzare/cesionare/donație a praxisului C.M.I. DR. TOCA AURELIA DENISA
începând cu data de: 05.03.2024

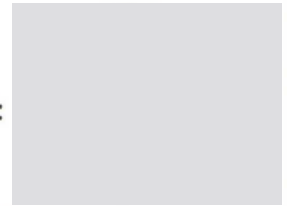
Vă aduc la cunoștință următoarele:

- 1) Titularul/titularii dreptului de preempțiune este/sunt *conf. Art.28 alin.2* din
UG 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: CRAIOVA, STR. CARACAL 79A, BA-71, SC.4, AP.9
- 5) Numărul de telefon: 0752167747.....

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

Data: 05.03.2024

Semnătura:



Președintelui Colegiului Medicilor din România/ Președintelui Colegiului Medicilor
Teritorial