

Cerere vânzare/cesionare/donație Praxis

Domnule Președinte al CMR/ Colegiului..... *Mures*

Subsemnatul (a) (nume, prenume) *Dr. Folea Livia - Maria* având  
CNP *556* titular al cabinetului de medicină de familie din cadrul  
CMI/SRL *St. Sora Livia - Maria* cu sediul  
în *Repliu st. Mihai Viteazul Nr. 137* în  
confrontare cu:

**OUG 68/2008**



**OMS 1322/2006**



vă notific intenția de vânzare/cesionare/donație a praxisului *CMI Dr. Folea Livia - Maria*  
începând cu data de: *1 VII 2024*

Vă aduc la cunoștință următoarele:

- 1) Titularul/titularii dreptului de preempțiune este/sunt **conf. Art.28 alin.2** din  
OUG 68/2008 sunt: *Anexa atasata*
- 2) Adresa și numărul de telefon al titularului/ titularilor dreptului de  
preempțiune este/sunt:  
*Repliu st. Mihai Viteazul Nr. 137*
- 3) Prețul de vânzare al cabinetului este: *23.000 Euro*
- 4) Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența  
este: *Repliu st. Sptalului Nr. 25*
- 5) Numărul de telefon: *0766 370 565*

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

Data:

*26.03.2024*

Semnătura: *[Redacted]*

Președintelui Colegiului Medicilor din România/ Președintelui Colegiului  
Medicilor Teritorial