

Domnule Președinte al CMR/CMMB

Subsemnatul (a) (nume, prenume) NICOLESCU OANA având CNP [REDACTED] titular al cabinetului de medicină de familie din cadrul SC CENTRUL MEDICAL POLIMED SRL cu sediul în CALEA RAHOVEI 266-268, CORP 2, PARTER CAMERA 21, SECTOR 5, BUCUREȘTI în conformitate cu:

OUG 68/2008

OMS 1322/2006

vă notific intenția de donație a praxisului MEDICULUI OANA NICOLESCU SUB CONTRACTUL CASMB A2016/2023

începând cu data de: 14 FEBRUARIE 2024

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: ZERO
- 4) Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența este: CALEA RAHOVEI 266-268, CORP 2, PARTER CAMERA 21, SECTOR 5, BUCUREȘTI
- 5) Numărul de telefon: 0745343740

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

Data: 12.02.20224



Președintelui Colegiului Medicilor din România/ Președintelui Colegiului Medicilor Teritorial