

Cerere vânzare/cesionare/donație Praxis

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

Subsemnatul (a) (nume, prenume) *Dr. Folea Livia - Maria*.....având
CNP. titular al cabinetului de medicină de familie din cadrul
CMI/SRL/ *A. Stroa Livia - Maria*.....cu sediul
în *Reștin st. Mihai Viteazul Nr. 137*.....în
confronitate 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:
Reștin 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: *Reștin st. Spitalului Nr. 25*
- 5) Numărul de telefon: *0766 370565*

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

Data:

26.03.2024

Semnătura:

Președintelui Colegiului Medicilor din România/ Președintelui Colegiului
Medicilor Teritorial