

Cerere vânzare/cesionare/donație Praxis

Domnule Președinte al CMR/ Colegiului.....

Subsemnatul (a) (nume, prenume)..... STAN MARIAavând
CNP [REDACTAT] titular al cabinetului de medicină de familie din cadrul
CMI/SRL/..... DR. STAN MARIAcu sediul
în BISTRITA..... J. BUL. SECEBAL HR. 19, Sc. B, Ap. 2..... în
confrontare cu:

OUG 68/2008

OMS 1322/2006

vă notific intenția de vânzare/cesionare/donație a praxisului CMI. DR. STAN MARIA
începând cu data de:..... 1.04.2024

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:.....

4) Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența
este: BISTRITA..... BUL. SECEBAL HR. 19, Sc. B, Ap. 2, jud. BISTRITA

5) Numărul de telefon:..... 0744.475697

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

Data: 29.04.2024

Semnăt



Președintelui Colegiului Medicilor din România/ Președintelui Colegiului
Medicilor Teritorial