



Cerere vânzare/cesionare/donație Praxis

Domnule Președinte al CMR/ Colegiului... MUREȘ.....

Subsemnatul (a) (nume, prenume) TOȘEA-MOGA ROȘICA.....având
CNP..... titular al cabinetului de medicină de familie din cadrul
CMI/SRL/ CMI SRL TOȘEA-MOGA ROȘICA.....cu sediul
în: BAUS Șt. PACEI nr. 19 JUD. MUREȘ.....în
confromitate cu:

OUG 68/2008 **OMS 1322/2006**

vă notific intenția de vânzare/cesionare/donație a praxisului

începând cu data de: 01.07.2024.....

Vă aduc la cunoștință următoarele:

- 1) Titularul/titularii dreptului de preempțiune este/sunt *conf. Art.28 alin.2* din OUG 68/2008 sunt: PRIMARIA BAUS.....
- 2) Adresa și numărul de telefon al titularului/ titularilor dreptului de preempțiune este/sunt: BAUS Șt. TG-MUREȘULUI nr. 5
tel: 0265 428403.....
- 3) Prețul de vânzare al cabinetului este: 96.500 €.....
- 4) Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența este: BAUS Șt. PACEI nr. 19 JUD. MUREȘ.....
- 5) Numărul de telefon: 0744.530420.....

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

Data: 09.05.2024



Președintelui Colegiului Medicilor din România/ Președintelui Colegiului Medicilor Teritorial