

Cerere vânzare/cesionare/donație Praxis

Domnule Președinte al CMR/ Colegiului.....

Subsemnatul (a) (nume) DR. DIACONU MARIA.....având
CNP..... titular al cabinetului de medicină de familie din cadrul
CMI/SRLI DR. DIACONU MARIA.....cu sediul
în JIT. DUMENI, COMUNA GEORGE ENESCU, JUDEȚ. IAI în
conformitate cu:

OUG 68/2008

OMS 1322/2006

vă notific intenția de vânzare/cesionare/donație a praxisului medicină de familie
începând cu data de: 5.06.2024 pe motive personale

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: hotărât în val. 1268 / negociabil
- 4) Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența
este: e-mail diaconu maria_55@yahoo.com
- 5) Numărul de telefon: 0742.068.057

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

Data:

22.05.2024

Semnătura:

Președintelui Colegiului Medicilor din România/
Medicilor Teritorial

