

Cerere vânzare/cesionare/donație Praxis

Domnule Președinte al CMR/ Colegiului Medicilor Satu Mare

Subsemnatul (a)(nume, prenume) DR. MICUL NICOLAE SORIN
având CNP. [REDACTED] titular al cabinetului de medicină de familie din cadrul

CMI/SRL/ SERVICIU MEDICAL MICUL SI ASOCIATII SRL
cu sediul în SATU-MARE STR. RETEZATULUI NR. 39

în conformitate cu: OUG 68/2008 OMS 1322/2006

Vă notific intenția de vânzare/cesionare/donație a praxisului DR. MICUL NICOLAE SORIN
începând cu data de: 01.07.2024 PUNCT DE LICRU BOBOCULUI
SATU-MARE UK30

Vă aduc la cunoștință următoarele:

Titularul/titularii dreptului de preempțiune este/sunt *conf. Art.28 alin.2* din OUG 68/2008
sunt: DR. NEGRU AUNA-DANIELA

CI. SM. 635.997

Adresa și numărul de telefon al titularului/ titularilor dreptului de preempțiune este/sunt:

SATU-MARE STR. IASOMIEI BL 7/2 AP 4
TEL.: 0749.4.33201

Prețul de vânzare al cabinetului este: 55.000 RON

Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența

este: SATU-MARE STR. RETEZATULUI NR. 39

Numărul de telefon: 0723626815

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

Data:

31.05.2024

[REDACTED]

Președintelui Colegiului Medicilor din România/ Președintelui Colegiului Medicilor Satu Mare

Nr. 246/31.05.2024
COLEGIUL MEDICILOR
SATU MARE

[REDACTED]