

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. PETERZATULUI 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 UK30  
SATU-MARE

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.: 0749.433201

Prețul de vânzare al cabinetului este: 55.000 RON  
Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența  
este: SATU-MARE STR. PETERZATULUI NR. 39  
Numărul de telefon: 0723626815.

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

Data: 31.05.2024

Semnătura: [redacted]

Președintelui Colegiului Medicilor din România/ Președintelui Colegiului Medicilor Satu Mare

Nr. 246/31.05.2024  
COLEGIUL MEDICILOR  
[redacted]