

Cerere vânzare/cesionare/donație Praxis

Domnule Președinte al CMR/ Colegiului Medicilor Satu Mare

Subsemnatul (a)(nume, prenume)..... BARTIS ARPAD
având CNP..... titular al cabinetului de medicină de familie din cadrul

CMI/SRL/..... dr. BARTIS ARPAD
cu sediul în..... ALBINELOAR 4/2
în conformitate cu: OUG 68/2008 OMS 1322/2006

Vă notific intenția de vânzare/cesionare/donație a praxisului C.M.I. dr. BARTIS
începând cu data de: 07/17/2024 ARPAD

Vă aduc la cunoștință următoarele:

Titularul/titularii dreptului de preempțiune este/sunt conf. Art.28 alin.2 din OUG 68/2008
sunt:.....

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

Prețul de vânzare al cabinetului este:..... 18000 EU.....

Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența
este:..... 440046, Str. ALBINELOAR 4/2

Numărul de telefon: 02611964497 / 0745603864 dr. apodlăuș de Gărbou
Având în vedere cele menționate vă solicit eliberarea adeverinței necesare
vânzării/cesionării/donației praxisului

Data: 07/17/2024

Președintelui Colegiului Medicilor din România/ Președintelui Colegiului Medicilor Satu Mare

Nr 323 / 17.07.2024
COLEGIUL MEDICILOR
SATU MARE
CIF 9839430
440046, Str. BUCUREȘTI Nr. 1
SATU MARE - ROMÂNIA