

Cerere vânzare/cesionare/donație Praxis

Domnule Președinte al CMR/ Colegiului Medicilor Vrancea

Subsemnatul (a) (nume, prenume) Dogărescu Adriana având CNP 25.11.0829067 titular al cabinetului de medicină de familie din cadrul CMI/SRI/ CMI Dogărescu Adriana cu sediul în CMI Dogărescu Adriana în conformitate cu:

OUG 68/2008

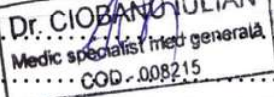
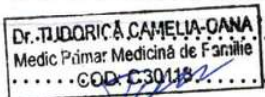
OMS 1322/2006

vă notific intenția de vânzare/cesionare/donație a praxisului praxis

începând cu data de: 09.2024

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:

0740016588

3) Prețul de vânzare al cabinetului este: 20.000 Euro

4) Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența este: str. Bucegezi nr 2P

5) Numărul de telefon: 0740016588

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

Data: 13.08.2024

Semnătura:



Președintelui Colegiului Medicilor din România/ Președintelui Colegiului Medicilor Vrancea