



Cerere vânzare/cesionare/donație Praxis

Domnule Președinte al CMR/ Colegiului... DIN ROMÂNIA

Subsemnatul (a) (nume, prenume)..... OLTEANU DOINAavând
CNP.....
titular al cabinetului de medicină de familie din cadrul
CMI/SREI/ DR. OLTEANU DOINAcu sediul
în LOC. CALARASI STR. FLACARA (7E G) BI JUDE. CALARASI în
confromitate cu:

OUG 68/2008



OMS 1322/2006



vă notific intenția de vânzare/cesionare/donație a praxisului CMI DR. OLTEANU DOINA
începând cu data de: 30.11.2024

Vă aduc la cunoștință următoarele:

- 1) Titularul/titularii dreptului de preempțiune este/sunt **conf. Art.28 alin.2** din
OUG 68/2008 sunt: CMI DR. POPESCU AURORA
LOC. CALARASI STR. PROGRESUL OL BI
JUDE. CALARASI
- 2) Adresa și numărul de telefon al titularului/ titularilor dreptului de preempțiune
este/sunt:
- DR. POPESCU AURORA
- 3) Prețul de vânzare al cabinetului este:.....
- 4) Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondenta
este: OLTEANU DOINA
- 5) Numărul de telefon: 0722 415 412

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

Data: 11.09.2024

Președintelui Colegiului Medicilor din România/ Președintelui Colegiului medicilor
Teritorial