



Cerere vânzare/cesionare/donație Praxis

Domnule Președinte al CMR/ Colegiului... MEDICILOR CĂLĂRAȘI

Subsemnatul (a) (nume, prenume).....STAN FLORICA.....având
CNP. [redacted] titular al cabinetului de medicină de familie din cadrul
CMI/SRLI DA STAN FLORICA.....cu sediul
în...CĂLĂRAȘI... STRADA PARCULUI Nr 1 Județul CĂLĂRAȘI.....în
confrimitate cu:

OUG 68/2008

OMS 1322/2006

vă notific intenția de vânzare/cesionare/donație a praxisului PTI DS STAN FLORICA
începând cu data de: 01-12-2024.....

Vă aduc la cunoștință următoarele:

- 1) Titularul/titularii dreptului de preempțiune este/sunt **conf. Art.28 alin.2** din
OUG 68/2008 sunt:.....DI.TONA OCTAVIA.....
- 2) Adresa și numărul de telefon al titularului/ titularilor dreptului de preempțiune
este/sunt: LOCALITATEA CĂLĂRAȘI STRADA PARCULUI Nr 1 Jud. CĂLĂRAȘI
TELEFON [redacted]
- 3) Prețul de vânzare al cabinetului este:.....
- 4) Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența
este:.....CĂLĂRAȘI... STRADA PARCULUI Nr 1 Etaj 1 Județ CĂLĂRAȘI
- 5) Numărul de telefon:.....0723.342.364.....

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

Data:

10-09-2024

Semnătura:



Președintelui Colegiului Medicilor din România/ Președintelui Colegiului Medicilor
Teritorial