



Colegiul Medicilor din România

Str. Pictor Alexandru Romano nr. 14, sector 2, Cod Poștal 023965, București, RO

Cod Fiscal: 9708419; Tel: 021.413.88.00; 021.413.88.03; Fax: 021.413.77.50.

E-mail: office@cmr.ro; web: www.cmr.ro

Cerere vânzare/cesionare/donație Praxis

Domnule Președinte al Colegiului Medicilor din România

| |
|------------------------------------|
| COLEGIUL MEDICILOR BISTRITA-NASAUD |
| Nr. INTRARE/IESIRE <u>600</u> |
| Data: <u>21.11.2024</u> |

Subsemnatul(a) [redacted] (nume, prenume) Dr. Ince Emilia având CN

..... titular reprezentant legal urmas al

cabinetului) * OMI AL INCIE EMILIA NEGRILESI

din cadrul unității medicale SPECIALITATEA MEDICINA DE FAM. organizată sub forma:

CMI

SRL

ALTE FORME²⁾ *

căsediu în: ³⁾ * Regulată Principala Tot

în conformitate cu:

OUG 68/2008 OMS 2006

și notificanța de: vânzare cesionare donație

a spațiului medical dobândit conf. OUG.68/2008

a terenului dobândit conf. OUG.68/2008

a praxisului conf. Ord. 1322/2006

începând cu data de 1.01.2025

Vă aduc la cunoștință următoarele:

Titularul/titularii dreptului de preempțiune este/sunt conf. **Art.28 alin.2 din OUG 68/2008** ⁴⁾ *:

Coproprietar(i): ...



Colegiul Medicilor din România

Str. Pictor Alexandru Romano nr. 14, sector 2, Cod Poștal 023965, București, RO
Cod Fiscal: 9708419; Tel: 021.413.88.00; 021.413.88.03; Fax: 021.413.77.50.

E-mail: office@cmr.ro; web: www.cmr.ro

Proprietarvecin(i):

1) Adresa de corespondență a titularului/titularilor dreptului de preempțiune este/sunt:

Coproprietar(i):

Proprietarvecin(i):

2) Numărul de telefon al titularului/titularilor dreptului de preempțiune este/sunt:

Coproprietar(i):

0710 099873

Proprietarvecin(i):

3) Prețul de vânzare al cabinetului este: NEGOCIABIL

4) Adresa poștală pentru corespondență este: Jud. RM, Nejițele Principale 107

5) Adresa de e-mail: dr.@yahoo.com

6) Numărul de telefon: 0710 099873

Solicit eliberarea adeverinței necesare vânzării/cesionării/donației praxisului.

Data: Semnătura: 21. XI. 2024

1) *Se va preciza specialitatea

2) *Se va preciza forma cabinetului medical