

Cerere vânzare/cesionare/donație Praxis

Domnule Președinte al CMR/ Colegiului.....

Subsemnatul (a) (nume, prenume) VULPE EUGENIU având CNP [REDACTED]  
titular al cabinetului de medicină de familie din cadrul CMI DR VULPE EUGENIU  
cu sediul în STR MALCOCI 4 BUCURESTI în confromitate cu:

*BUG 68/2008*

*OMS 1322/2006*

vă notific intenția de vânzare a praxisului CABINET MEDICAL CMI DR VULPE  
EUGENIU STR MALCOCI 4 BUCURESTI

începând cu data de:04.11.2024

Vă aduc la cunoștință următoarele:

- 1) Titularul/titularii dreptului de preempțiune este/sunt *conf. Art.28 alin.2* din  
BUG 68/2008 sunt: DR CIOCOI ANDREI. SC NORTONMED SRL ,  
FARM. DINESCU ANCA SC MEDICO FARM SRL , DR BABEANU  
CRISTIAN/DR PLATON ADRIAN
- 2) Adresa și numărul de telefon al titularului/ titularilor dreptului de preempțiune  
este/sunt:  
DR CIOCOI ANDREI - STR MALCOCI 4 CORP C PARTER BUCURESTI  
SEC 5 / 0 [REDACTED]  
FARM. DINESCU ANCA - STR MALCOCI 4 CORP C PARTER  
BUCURESTI SEC 5 SC MEDICO FARM SRL [REDACTED]  
DR BABEANU CRISTIAN/DR PLATON ADRIAN - STR MALCOCI 4  
CORP C PARTER BUCURESTI SEC 5 [REDACTED]
- 3) Prețul de vânzare al cabinetului este: 250 000 RON
- 4) Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența  
este:CMIDRVULPE@GMAIL.COM
- 5) Numărul de telefon:0771465582

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

Data: 04.11.2024

[REDACTED]  
Semnătura:

Președintelui Colegiului Medicilor din România/ Președintelui Colegiului Medicilor  
Teritorial