



Cerere vânzare/cesionare/donație Praxis

Domnule Președinte al CMR/ Colegiului Medicilor Timiș

Subsemnatul (a) (nume, prenume) STEFANESCU DANA-ADRIANA, având CNP [REDACTED], titular al cabinetului de medicină de familie din cadrul CMI PRO SANO – DR. STEFANESCU DANA-ADRIANA, cu sediul în GATAIA, STR.REPUBLICII, NR.78, JUD.TIMIS, în conformitate cu:

**OUG 68/2008**

**OMS 1322/2006**

vă notific intenția de donație a praxisului PRO SANO – DR.STEFANESCU DANA începând cu data de: 01.03.2025

Vă aduc la cunoștință următoarele:

- 1) Titularul/titularii dreptului de preempțiune este/sunt **conf. Art.28 alin.2** din OUG 68/2008 sunt: DR.DRAGAN LIDIA-DANIELA  
.....  
.....
- 2) Adresa și numărul de telefon al titularului/ titularilor dreptului de preempțiune este/sunt:  
GATAIA, STR.LIBERTATII, NR.3, JUD.TIMIS - 0742459568  
.....
- 3) Prețul de vânzare al cabinetului este: 0
- 4) Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența este:  
GATAIA, STR.REPUBLICII, NR.78, JUD.TIMIS
- 5) Numărul de telefon: 0724584626

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

Stefanescu Dana Adriana  
27/01/2025 14:19:14 UTC+02

Data: 27.01.2025

Semnătura:

Președintelui Colegiului Medicilor din România/ Președintelui Colegiului Medicilor Timiș