



Cerere vânzare/cesionare/donație Praxis

Domnule Președinte al CMR/ Colegiului...Mures.....

Subsemnatul (a) (nume, prenume)DR Szakacs Adriana Mia având CNP [redacted] titular al cabinetului de medicină de familie din cadrul CMI/SRL/CMI DR Szakacs Adriana Mia cu sediul în...Panet str Principala nr 45 PLUS Punct de lucru situat in Santioana de Mures str Principala nr 398.....în confrimitate cu:

UG 68/2008

OMS 1322/2006

vă notific intenția de vânzare/cesionare/donație a praxisului ...vanzare.....
începând cu data de:...01/02/02025.....

Vă aduc la cunoștință următoarele:

- 1) Titularul/titularii dreptului de preempțiune este/sunt *conf. Art.28 alin.2* din UG 68/2008 sunt:
.....DR.....Vajda Ibolya -medic de familie.....
- 2) Adresa și numărul de telefon al titularului/ titularilor dreptului de preempțiune este/sunt:
...Tg Mures... str Nicolae Georgescu nr 3/1
...NR telefon [redacted]
- 3) Prețul de vânzare al cabinetului este:...11.000 euro.....
- 4) Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența este:[redacted]
- 5) Numărul de telefon: 0741494162

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

Data:

Semnătura:

Președintelui Colegiului Medicilor din România/ Președintelui Colegiului Medicilor Teritorial

Szakacs Adriana Mia
27/01/2025 15:23:16 UTC+02