



## Cerere vânzare/cesionare/donație Praxis

Domnule Președinte al CMR/ Colegiului.....SIBIU.....

Subsemnata dr. ROMAN ANCA-CRISTINA având CNP [REDACTED] titular al cabinetului de medicină de familie din cadrul CMI. DR. ROMAN ANCA-CRISTINA cu sediul în JUD SIBIU, CISNĂDIE, PIAȚA NOUĂ NR 2 AP 2 în conformitate cu:

*OUG 68/2008*

*OMS 1322/2006*

vă notific intenția de vânzare a PRAXISULUI .....

începând cu data de: 17.02.2025

Vă aduc la cunoștință următoarele:

- 1) Titularul/titularii dreptului de preempțiune este/sunt *conf. Art.28 alin.2* din OUG 68/2008 sunt:
  - Dr. Geantă Mihaela
  - Dr. Căpușan Adriana
- 2) Adresa și numărul de telefon al titularului/ titularilor dreptului de preempțiune este/sunt:
  - Dr. Geantă Mihaela – jud Sibiu, Cisnădie, str. Piata Nouă nr 2, tel 0741373961
  - Dr. Căpușan Adriana – jud Sibiu, Cisnădie, str Lungă nr 16, tel 0740474095
- 3) Prețul de vânzare al cabinetului este: 25.000 Euro
- 4) Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența este: jud Sibiu, Cisnădie, str Piața Nouă nr 2, cod postal 555300
- 5) Numărul de telefon: 0786876428

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

Data: 17.02.2025

Președintelui Colegiului Medicilor din România/ Președintelui Colegiului Medicilor Teritorial