



Cerere vânzare/cesionare/donație Praxis

Domnule Președinte al CMR/ Colegiului Medicilor Timiș

Subsemnatul (a) (nume, prenume) DR. MITRE DANIELA - NORINA având CNP. [redacted] titular al cabinetului de medicină de familie din cadrul CMI/SRL/..... cu sediul în LOCALITATE NITCHADORF JUDEȚUL TIMIȘ CF 52272 NITCHADORF prin mandatar cu procură autentică NAGY LARA MONICA, telefon. 0723531611 Email monna97@yahoo.com în conformitate cu:

OUG 68/2008



OMS 1322/2006



vă notific intenția de vânzare/cesionare/donație a praxisului începând cu data de: 03.03.2025

Vă aduc la cunoștință următoarele:

- 1) Titularul/titularii dreptului de preempțiune este/sunt **conf. Art.28 alin.2** din OUG 68/2008 sunt:
.....
- 2) Adresa și numărul de telefon al titularului/ titularilor dreptului de preempțiune este/sunt:
.....
.....
- 3) Prețul de vânzare al cabinetului este: 50.500 Euro
- 4) Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența este: [redacted]
- 5) Numărul de telefon: 0723531611

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

Data:

31.01.2025

Semnătura:

