



Cerere vânzare/cesionare/donație Praxis

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

Subsemnata dr. ROMAN ANCA-CRISTINA având CNP 2 [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 SPATIULUI.....

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, [REDACTED] tel [REDACTED]
- Dr. Căpușan Adriana – jud Sibiu, [REDACTED]

3) Prețul de vânzare al cabinetului este: 27.000 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