

Cerere vânzare/cesionare/donație Praxis

Domnule Președinte al CMR/ Colegiului Mures

Subsemnatul (a) (nume, prenume) FEJER BANA ANA având CNP [redacted] titular al cabinetului de medicină de familie din cadrul CMI/SRI/ Dr. Fejer Doms cu sediul în Ia Mures - Clota B-dul 1848/30 în confruntare cu:

OUG 68/2008

OMS 1322/2006

vă notific intenția de vânzare/cesionare/donație a praxisului

începând cu data de: 1. Aprilie 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:

4) Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența este: M. B-dul 1848/30 sau e-mail: ofejer@p.ro

5) Numărul de telefon: 0745 604037

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

Data: 6.03.2025



Președintelui Colegiului Medicilor din România/ Președintelui Colegiului Medicilor Teritorial