

Cerere vânzare/cesionare/donație Praxis

Domnule Președinte al CMR/ Colegiului..... ARAD

Subsemnatul, (a) (nume, prenume) SERBAN ION având
CNP. [redacted] titular al cabinetului de medicină de familie din cadrul
CMI/SRL/ [redacted] Cale med. [redacted] cu sediul
în ARAD, B. Revoluției nr 45 în
confrontare cu:

OUG 68/2008



OMS 1322/2006



vă notific intenția de vânzare/cesionare/donație a praxisului Col. Medical
începând cu data de:

Vă aduc la cunoștință următoarele:

- 1) Titularul/titularii dreptului de preempțiune este/sunt *conf. Art.28 alin.2* din
OUG 68/2008 sunt: (TABEL ANEXAT)
- 2) Adresa și numărul de telefon al titularului/ titularilor dreptului de preempțiune
este/sunt: TABEL ANEXAT
- 3) Prețul de vânzare al cabinetului este: 45 000 €
- 4) Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența
este: ARAD, Str. I. RUCU FIRIANU Nr 10
- 5) Numărul de telefon: 0722425021

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

Data: 19.03.2025

Președintelui Colegiului Medicilor din România/ Președintelui Colegiului Medicilor
Teritorial ARAD