

CERERE DE VÂNZARE/CESIONARE/DONAȚIE PRAXIS
DOMNULE PREȘEDINTE AL CMR/ COLEGIUL MEDICILOR DIN JUDEȚUL
CARAȘ-SEVERIN

COLEGIUL MEDICILOR CARAȘ-SEVERIN	
INTRARE REȘIR	Nr. <u>365</u>
Ziua <u>28</u>	Luna <u>05</u> Anul <u>2025</u>

Subsemnatul/a DR. HERASCU CORINA.....cu
 CNP..... ular/ă al/a cabinetului C.M.I. DR. HERASCU CORINA
 cadrul CARANJELE....., cu sediul în C-RAI TRAPSA HR. 2.....in
 conformitate cu:

OUN 68/2008 

OMS 1322/2006 

Vă notific intenția de vânzare/cesionare/donație a praxisului C.M.I. DR. HERASCU CORINA
 începând cu data de 01.07.2025

Vă aduc la cunoștință următoarele:

1) Titularul/titularii dreptului de preemțiune cf. Art.28 alin.2 din OUG 68/2008 sunt/este:

DR. POPOVICI CORINA
DR. MAREȘ LUCIA

2) Adresa și numărul de telefon al titularului/ titularilor dreptului de preemțiune sunt/este:

CARANJELE

3) Prețul de vânzare al cabinetului este:

4) Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența este:

HERASCU CORINA

5) Numărul de telefon:

0741095552

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

Data:

28.05.2025

Președintelui Colegiului Medicilor din România/ Președintelui Colegiului Medicilor Teritorial