

Cerere vânzare/cesionare/donație Praxis

Domnule Președinte al CMR/ Colegiului Medicilor Timiș

Subsemnata, **DR. SUCIU LAVINIA-DORINA**, având CNP [REDACTED] titular al cabinetului de medicină de familie din cadrul **CABINET MEDICAL MEDICINĂ GENERALĂ DR. SUCIU LAVINIA DORINA**, cu sediul în Parța, nr. 114, jud. Timiș, RUCM nr. 661212/30.06.1999, CIF 19919839, în conformitate cu:

**OUG 68/2008**



**OMS 1322/2006 X**

vă notific intenția de vânzare/cesionare/donație a praxisului din Parța, nr. 114, jud. Timiș, începând cu data de: **1 iulie 2025**

Vă aduc la cunoștință următoarele:

- 1) Titularul/titularii dreptului de preempțiune este/sunt **conf. Art.11 lit. f** din Ordinul nr. 1322/2006 privind aprobarea normelor de stabilire a criteriilor și metodologiei de preluare a activității unui praxis existent sunt: **CABINET MEDICAL MEDICINA DE FAMILIE DR. SZILAGYI MELINDA** RUCM nr. T00565/18.10.2011, CIF 29236540
- 2) Adresa și numărul de telefon al titularului/ titularilor dreptului de preempțiune este/sunt:  
[REDACTED]
- 3) Prețul de vânzare al cabinetului este:.....
- 4) Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența este:  
[REDACTED] jud. Timiș.
- 5) Numărul de telefon: 0724299509.

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

Data:

14.05.2025

**Lavinia Dorina Suci**  
**Dorina Suci**

Semnăt digital de  
Lavinia-Dorina Suci  
Data: 2025.05.14  
10:36:05 +03'00'

Președintelui Colegiului Medicilor din România/ Președintelui Colegiului Medicilor Timiș