

Cerere vânzare/cesionare/donație Praxis

Domnule Președinte al CMR/ Colegiului Medicilor

Subsemnatul (*) (nume, prenume) PETRASCU FLORIN SILVIU.....având
 CNP [REDACTED].....titular al cabinetului de medicină de familie din cadrul
 CMR [REDACTED] DR. PETRASCU FLORIN SILVIU.....cu sediul
 în CAJ. SACOLU-TURCESE, STR. PRINCIPALA NR. 1, JUD. TIMIS în
 confruntare cu:

OUG 68/2008

☐

OMS 1322/2006

☒

vă notific intenția de vânzare/cesionare/donație a praxisului CMR DR. PETRASCU FLORIN SILVIU
 începând cu data de: 04.07.2025

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: petrascu.florin.15@guoail.com
- 5) Numărul de telefon: 0722698472

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

Data:

04.07.2025

Președintelui Colegiului Medicilor din România/ Președintelui Colegiului
 Medicilor Teritorial