

Cerere vânzare/cesionare/donație Praxis

Domnule Președinte al CMR/ Colegiului..... MUREȘ

Subsemnatul (a) (nume, prenume) Dr. LUCACIU ILOANCAavând
CNP. titular al cabinetului de medicină de familie din cadrul
CMI/SRL/ CMI Dr. LUCACIU ILOANCAcu sediul
în C.M. SUSENI nr. 466, Jud. MUREȘîn
conformitate cu:

BUG 68/2008

☐

OMS 1322/2006

☒

vă notific intenția de vânzare/cesionare/donație a praxisului

începând cu data de: 01.01.2026

Vă aduc la cunoștință următoarele:

- 1) Titularul/titularii dreptului de preempțiune, este/sunt conf. Art.28 alin.2 din
BUG 68/2008 sunt: Dr. LUCACIU ILOANCA
- 2) Adresa și numărul de telefon al titularului/ titularilor dreptului de prece
este/sunt:
C.M. SUSENI nr. 466, Jud. MUREȘ
dr. lucaciu@gmail.com
- 3) Prețul de vânzare al cabinetului este:
- 4) Adresa de corespondență la care vă solicitan a-mi transmite corespondența
este: C.M. SUSENI nr. 466, Jud. MUREȘ
- 5) Numărul de telefon: 0722577235

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

Data:

11.09.2025

Semnătura:



Președintelui Colegiului Medicilor din România/ Președintelui Colegiului Medicilor
Teritorial