

Cerere de vânzare/cesionare/donație praxis

Subsemnatul/a (nume, prenume) POALELUNGHI MARIAHA, cu
 CNP, [REDACTED], titular / reprezentant legal / urmaș al cabinetului medical
 CHAIMES SA POALELUNGHI organizată sub forma de CMI/SRL/Alte forme, cu sediul în
 BUCUREȘTI, SM. TRAFICULUI 29, în conformitate cu

UG 68/2008 ☐

OMS 1322/2006 ☒

vă notific intenția de vânzare/cesionare/donație:

- ☐ a spațiului medical dobândit cf. UG 68/2008
☐ a terenului dobândit cf. UG 68/2008
☒ a praxisului cf. OMS 1322/2006

începând cu data de 24.11.2025.

Vă aduc la cunoștință următoarele:

- 1) Titularul/titularii dreptului de preempțiune este/sunt cf. UG 68/2008:
 Coproprietar(i):
 Proprietar(i) vecin(i):
- 2) Adresa și numărul de telefon al titularului/ titularilor dreptului de preempțiune este/sunt:
 Coproprietar(i):
 Proprietar(i) vecin(i):
- 3) Prețul de vânzare al cabinetului este
- 4) Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența este:
SM. LT. ȘTEFAN ALEXANDRU NR. 19 Sector 6 București
- 5) Numărul de telefon 0722 556539
- 6) Adresa de e-mail poalelungi_mariaha@yahoo.com

Având în vedere cele menționate vă solicit eliberearea avederinței necesare vânzării/cesionării/donării praxisului.

Data: 24.10.2025

Semnătura:

[REDACTED]

Președintelui Colegiului Medicilor din România/ Președintelui Colegiului Medicilor Teritorial