

COLEGIUL MEDICILOR DIN JUD. MUREȘ			
INTRARE Nr.		5315	
din	(ziua)	(luna)	(anul) 2022

Cerere vânzare/cesionare/donație Praxis

Domnule Președinte al CMR/ Colegiului.....

Subsemnatul(a) (nume, prenume) Dr. KOVACS CAROL având
 CNP. Titular al cabinetului de medicină de familie din cadrul
 CMI/SRL/ Dr. KOVACS CAROL cu sediul
 în BALANSEI Nr. 317 Bl. 1/A în
 confruntare cu:

OUG 68/2008 ☐OMS 1322/2006 ☒

vă notific intenția de vânzare/cesionare/donație a praxisului CMU Dr. KOVACS CAROL
 începând cu data de: 1.01.2023

Vă aduc la cunoștință următoarele:

- 1) Titularul/titularii dreptului de preempțiune este/sunt *conf. Art.28 alin.2* din OUG 68/2008 sunt: Nu este cazul
- 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: Dr. Kovacs Carol
- 5) Numărul de telefon: 0768-109 236

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

Data: 22.10.2022

Semnătura:

Președintelui Colegiului Medicilor din România/ Președintelui Colegiului Medicilor Teritorial