



## Cerere vânzare/cesionare/donație Praxis

Domnule Președinte al CMR/ Colegiului..... <sup>București</sup>

Subsemnatul (a) (nume, prenume) <sup>ORGAVRIU MIHAELA</sup>.....având  
CNP.....titular al cabinetului de medicină de familie din cadrul  
CMI/SRL/.....CMI Dr. Jovanu Mihaila  
în.....București, sect 2 Str. Giuseppe Gambardi.....cu sediul  
confronitate cu?

UG 68/2008

OMS 1322/2006

vă notific intenția de vânzare/cesionare/donație a praxisului.....

începând cu data de: <sup>15.11.2023</sup>.....

Vă aduc la cunoștință următoarele:

- 1) Titularul/titularii dreptului de preempțiune este/sunt *conf. Art.28 alin.2* din UG 68/2008 sunt:.....
- 2) Adresa și numărul de telefon al titularului/ titularilor dreptului de preempțiune este/sunt: <sup>Str. GIUSEPPE GAMBARDI Nr.20 (Stag) Sect 2 București</sup>.....
- 3) Prețul de vânzare al cabinetului este:.....
- 4) Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența este: <sup>Str. GIUSEPPE GAMBARDI Nr.20 (Stag) București</sup>.....
- 5) Numărul de telefon: <sup>0722443019</sup>.....

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

Data: <sup>17.11.2022</sup>

semnătura:

Președintelui Colegiului Medicilor din România/ Președintelui Colegiului Medicilor Teritorial