

Cerere vânzare cabinete medicale

Domnule Președinte al CMR

Subscrisa, **Clinica Sante VIE S.R.L.** cu sediul în Brașov, str. Brazilor, nr. 54, jud. Brașov, înmatriculată la Registrul comerțului cu nr.J08/2597/1994, C.U.I. 6465315, reprezentată de Pascu Maria în confromitate cu:

OUG 68/2008
☒ **OMS 1322/2006** ☐

vă notific intenția de vânzare a: 3 spații cu destinația de cabinet medical situate în Policlinica Municipiului Săcele din Municipiul Săcele, str. Episcop Popeea, nr. 20, jud. Brașov, înscrise în: C.F. nr. 109822-C1-U28 a localității Săcele, nr.cad. 109822-C1-U28, C.F. nr. 109822-C1-U29 a localității Săcele, nr.cad. 109822-C1-U29, C.F.nr. 109822-C1-U30 a localității Săcele nr.cad. 109822-C1-U30.

Vă aduc la cunoștință următoarele:

- 1) Titularul/titularii dreptului de preempțiune sunt **conf. Art.28 alin.2** din OUG 68/2008:
 - **Cabinet Medical Individual Dr. Dandu Sevastian Paul** cu sediul în Municipiul Săcele, str. Episcop Popeea, nr.20, jud. Brașov, **telefon** _____,
 - **Cabinet Medical Individual Dr. Gorgan Traian** cu sediul în Municipiul Săcele, str. Episcop Popeea, nr.20, jud. Brașov, **telefon** _____,
 - **Cabinet Medical Individual Dr. Codreanu Simona Mihaela** cu sediul în Municipiul Săcele, str. Episcop Popeea, nr.20, jud. Brașov, **telefon** _____,
 - **Cabinet Medical Individual Dr. Roșculeț Emilia Mirela** cu sediul în Municipiul Săcele, str. Episcop Popeea, nr.20, jud. Brașov, **telefon** _____,
 - **Cabinet Medical Individual Dr. Catea Emilia Maria** cu sediul în Municipiul Săcele, str. Episcop Popeea, nr.20, jud. Brașov, **telefon** _____,
 - **Clinica Medicală New Line N.D. S.R.L.** cu sediul în Municipiul Brașov, str. Dorobanților, nr. 9, parter, etaj 1, etaj 2, etaj 3., județul Brașov, **telefon** _____;

- **Cabinet Medical Individual de Medicină Dentară Dr. Teodorescu Mihai** cu sediul în Municipiul Săcele, str. Episcop Popeea, nr.20, jud. Braşov, **telefon** _____;
 - **Cabinet Medical Individual Dr. Soos Lehel** cu sediul în Municipiul Săcele, str. Episcop Popeea, nr.20, jud. Braşov, **telefon** _____;
 - **Cabinet Medical Individual Dr. Báalint Alina** cu sediul în Municipiul Săcele, str. Episcop Popeea, nr.20, jud. Braşov.
- 2) Adresa şi numărul de telefon al titularului/ titularilor dreptului de preempţiune este/sunt:
- **Cabinet Medical Individual Dr. Dandu Sevastian Paul** cu sediul în Municipiul Săcele, str. Episcop Popeea, nr.20, jud. Braşov, **telefon** _____;
 - **Cabinet Medical Individual Dr. Gorgan Traian** cu sediul în Municipiul Săcele, str. Episcop Popeea, nr.20, jud. Braşov, **telefon** _____;
 - **Cabinet Medical Individual Dr. Codreanu Simona Mihaela** cu sediul în Municipiul Săcele, str. Episcop Popeea, nr.20, jud. Braşov, **telefon** _____;
 - **Cabinet Medical Individual Dr. Roşculeţ Emilia Mirela** cu sediul în Municipiul Săcele, str. Episcop Popeea, nr.20, jud. Braşov, **telefon** _____/;
 - **Cabinet Medical Individual Dr. Catea Emilia Maria** cu sediul în Municipiul Săcele, str. Episcop Popeea, nr.20, jud. Braşov, **telefon** _____;
 - **Clinica Medicală New Line N.D. S.R.L.** cu sediul în Municipiul Braşov, str. Dorobanţilor, nr. 9, parter, etaj 1, etaj 2, etaj 3., judeţul Braşov, **telefon** _____;
 - **Cabinet Medical Individual de Medicină Dentară Dr. Teodorescu Mihai** cu sediul în Municipiul Săcele, str. Episcop Popeea, nr.20, jud. Braşov, **telefon 0744332665**;
 - **Cabinet Medical Individual Dr. Soos Lehel** cu sediul în Municipiul Săcele, str. Episcop Popeea, nr.20, jud. Braşov, **telefon** _____;
 - **Cabinet Medical Individual Dr. Báalint Alina** cu sediul în Municipiul Săcele, str. Episcop Popeea, nr.20, jud. Braşov.
- 3) Preţul de vânzare al cabinetului este: **49.500 Euro**, preţ ce se va achita integral la data semnării contractului de vânzare-cumpărare, în lei, la cursul Leu/Euro

comunicat de B.N.R. de la data plății. Vânzarea se realizează în bloc, nefiind posibilă achiziția individuală a spațiilor.

4) Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența este:
iuliu.cosuletu@cosuletu-asociatii.com.

5) Numărul de telefon: **0721329045.**

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

Data: 17.02.2023

Semnătura:

Președintelui Colegiului Medicilor din România/ Președintelui Colegiului Medicilor Teritorial

