

Cerere vânzare/cesionare/donație Praxis

Domnule Președinte al CMR/ Colegiului CĂLĂRAȘI

Subsemnatul (a) (nume, prenume) DR. POPOVICI VIONICA având
CNP: titular al cabinetului de medicină de familie din cadrul
CMI/SRL/ DR. POPOVICI VIONICA cu sediul
în DR. LETULIU- GATA, AR POLICLINICĂ nr. 2, jud. CĂLĂRAȘI în
confrimitate cu:

UG 68/2008



OMS 1322/2006



vă notific intenția de vânzare/cesionare/donație a praxisului
începând cu data de: 1.01.2024

Vă aduc la cunoștință următoarele:

- 1) Titularul/titularii dreptului de preempțiune este/sunt conf. Art.28 alin.2 din
UG 68/2008 sunt: DR. UNGUREANU DELIA
- 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. POPOVICI VIONICA / MAIL: popovic-vya@yahoo.com
- 5) Numărul de telefon: 0723318816

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

Data:

8.11.2023

Președintelui Colegiului Medicilor din România/ Președintelui Colegiului Medicilor
Teritorial