



### Cerere de vânzare/cesionare/donație praxis

Domnule Președinte al CMR/ Colegiului Medicilor din Județul Mures

Subsemnata (nume, prenume) GAVRONTSCHI MARIA cu CNP [redacted] titular al cabinetului de medicină de familie CMI Dr.Gavronschi Maria cu sediul profesional în Sighișoara, str. Herman Oberth nr.33, județ Mureș, în conformitate cu

OUG 68/2008 ☐

OMS 1322/2006 ☒

vă notific intenția de vânzare/cesionare/donație a praxisului CMI " Dr. Gavronschi Maria " începând cu data de 01.01.2024, având în vedere împlinirea vârstei de pensionare.

Vă aduc la cunoștință următoarele:

1. Titularul/titularii dreptului de preempțiune, conform art. 28 alin 2 din OUG 68/2008 sunt: - NU ESTE CAZUL, nu se înstrăinează și infrastructura  
.....
2. Adresa și numărul de telefon al titularului/ titularilor dreptului de preempțiune este/sunt: - NU ESTE CAZUL, raportat la prevederile inserate la pct. 1  
.....
3. Prețul de vânzare al cabinetului este – nu este cazul, raportat la prevederile inserate la pct.1
4. Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența este Sighișoara, str. Herman Oberth nr.33, județ Mureș,
5. Numărul de telefon 0741790698

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

Data: 17.11.2023



Președintelui Colegiului Medicilor din România/ Președintelui Colegiului Medicilor din Județul Mureș