



Proprietar(i) vecin(i):

.....  
1) Adresa de corespondență a titularului/titularilor dreptului de preempțiune este/sunt:

Coproprietar(i):

.....  
Proprietar(i) vecin(i):

.....  
Numărul/numerele de telefon al/ale titularului/titularilor dreptului de preempțiune este/sunt:

Coproprietar(i):

.....  
Proprietar(i) vecin(i):

.....  
2) Prețul de vânzare al spațiului medical/praxisului este: *1000 (una mie lei)*

3) Adresa poștală pentru corespondența este:

.....  
4) Adresa de e-mail: *petrecor@yahoo.com*

.....  
5) Numărul de telefon: *0728162990*

Solicit eliberarea adeverinței necesare înstrăinării praxisului/spațiului și transmiterea prin:

E-mail 5)\*

Poșta română

Curier

Ridicare personală sub semnătură de către titularul cererii

Data: *08.06.2026*

1) \* Se va preciza specialitatea

2) \* Se va preciza forma cabinetului medical

3) \* Se va preciza adresa completă

4) \* Dreptul de preempțiune la înstrăinarea imobilelor revine doar coproprietarilor, dacă este cazul, și apoi proprietarilor vecini.

5) \* Se va specifica adresa de e-mail