

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: NEGOCIABIL

3) Adresa postală pentru corespondența este: [REDACTED]

4) Adresa de e-mail: rodica.niculge@gmail.com

5) Numărul de telefon: 0723.503.404

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: 16/04/2026

Semnătura:

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