



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: ~ 50.000€

3) Adresa poștală pentru corespondența este:

4) Adresa de e-mail: office@myloft.ro

5) Numărul de telefon: 0740.095.788

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

E-mail 5)\*  OFFICE@MYLOFT.RO

Poșta română

Curier

Ridicare personală sub semnătură de către titularul cererii

Data: 21.05.2026

- 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
- 