



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: 10000 €

3) Adresa poștală pentru corespondența este:

cmr GORNA nr 432 Jnd- MUREȘ cod. 547280

4) Adresa de e-mail: marushca3@yahoo.com

5) Numărul de telefon: 0748-581998

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

E-mail *s)*\*  marushca3@yahoo.com

Poșta română

Curier

Ridicare personală sub semnătură de către titularul cererii

Data: 06.2026

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