

Proprietar(i) vecin(i):

..... Tabel

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

Coproprietar(i):

Proprietar(i) vecin(i):

..... POLICLINICA ALEXANDRU, str. MATEAȘA RIN PESCUI, Nr. 32, jud. TELEORMĂN

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

Coproprietar(i):

Proprietar(i) vecin(i):

..... Tabel

2) Prețul de vânzare al spațiului medical/praxisului este: 10000 EURO

3) Adresa postală pentru corespondența este:

4) Adresa de e-mail: smaranda @ unidentia . com

5) Numărul de telefon: 0722695508

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

E-mail ⁵⁾ smaranda @ unidentia . com

Poșta română

Curier

Ridicare personală sub semnătură de către titularul cererii

Data: 15.06.2026

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