



Proprietar(i) vecin(i):

..... SC CLINICA ALFA SRL / CMI VESELOUSKI .....

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

Coproprietar(i):

..... FALTIRENI, 13 DECEMBRIE .....

Proprietar(i) vecin(i):

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

Coproprietar(i):

..... [REDACTED] .....

Proprietar(i) vecin(i):

2) Prețul de vânzare al spațiului medical/praxisului este: ..... 22.000 EURO .....

3) Adresa poștală pentru corespondența este:

..... [REDACTED] .....

4) Adresa de e-mail: ..... GASPARI.GABRIELA.84@EMAIL.COM .....

5) Numărul de telefon: ..... 0742551310 .....

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

E-mail s)\*

Poșta română

Curier

Ridicare personală sub semnătură de către titularul cererii

Data: 8.06.2026

Semnă [REDACTED]

- 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