



Cerere vânzare/cesionare/donație Praxis

Domnule Președinte al CMR/ Colegiului.....

Subsemnatul (a) (nume, prenume) DR POPA CARMEN MARIANA având  
CNP. .... titular al cabinetului de medicină de familie din cadrul  
CMI/SRL DR. POPA CARMEN MARIANA ..... cu sediul  
în 12. LUNGHIETII NR 6 FETIOR 2 BUCUREȘTI ..... în  
confrimitate cu:

**OUG 68/2008**

**OMS 1322/2006**

vă notific intenția de vânzare/cesionare/donație a praxisului CMI DR POPA CARMEN MARIANA  
începând cu data de: 11.01.2023.....

Vă aduc la cunoștință următoarele:

- 1) Titularul/titularii dreptului de preempțiune este/sunt **conf. Art.28 alin.2** din  
OUG 68/2008 sunt: .....
- 2) Adresa și numărul de telefon al titularului/ titularilor dreptului de preempțiune  
este/sunt: .....
- 3) Prețul de vânzare al cabinetului este:.....
- 4) Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența  
este: carmenpopa10@yahoo.com.....
- 5) Numărul de telefon: 0762.21.8.076

Având în vedere cele menționate vă solicit eliberarea adeverinței necesare  
vânzării/cesionării/donației praxisului.

Data:

11.01.2023

Semnătura:

Președintelui Colegiului Medicilor din România/ Președintelui Colegiului Medicilor  
Teritorial