



CERERE DE VÂNZARE/CESIONARE/DONAȚIE PRAXIS
DOMNUL PREȘEDINTE AL CMR/ COLEGIUL MEDICILOR DIN JUDEȚUL
CARAȘ-SEVERIN

COLEGIUL MEDICILOR CARAȘ-SEVERIN	
INTRARE -IESIRE	Nr. 55
Ziua 02	Luna 02 Anul 2023

Subsemnatul/a FILERI EMANUEL CRISTIANcu
CNP..... titular/ă al/a cabinetului CAS IND MEDICINA DE FAMILIA DE FILERI din
cadrul.....cu sediul în RESITA, DR. G. LUCI, NR 1in
conformitate cu:

OUG 68/2008

OMS 1322/2006

Vă notific intenția de vânzare/cesionare/donație a praxisului CAS IND MEDICINA DE FAMILIA DE FILERI
începând cu data de 01.02.2023

Vă aduc la cunoștință următoarele:

1) Titularul/titularii dreptului de preemțiune cf. Art.28 alin.2 din OUG 68/2008 sunt/este:

SC MEDICAL MEST SRL

2) Adresa și numărul de telefon al titularului/ titularilor dreptului de preemțiune sunt/este:

RESITA, DR. P. 77, LA CETINILE 1918 NR 36
TEL: 0723238771

3) Prețul de vânzare al cabinetului este:

4) Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența este:

5) Numărul de telefon: 0721969578

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

Data:

01.02.2023

Semnătura:

Președintelui Colegiului Medicilor din România/ Președintelui Colegiului Medicilor Teritorial