

Cerere vânzare/cesionare/donație Praxis

Domnule Președinte al CMR/ Colegiului... MEDICILOR M.H. ROMANIA.

Subsemnatul (a) (nume, prenume) DR. MORHAN LILI având  
CNP [redacted] titular al cabinetului de medicină de familie din cadrul  
CMI/SRL SUCEAVA cu sediul  
în SUCEAVA STR. GHERGHE SOYA NR. 12 în  
conformitate cu:

OUG 68/2008

OMS 1322/2006



vă notific intenția de vânzare/cesionare/donație a praxisului .....

începând cu data de: 1.01.2024.....

Vă aduc la cunoștință următoarele:

- 1) Titularul/titularii dreptului de preempțiune este/sunt conf. Art.28 alin.2 din  
OUG 68/2008 sunt: DR. HAVRSTINEC M. MIHAELA  
TEL.....
- 2) Adresa și numărul de telefon al titularului/ titularilor dreptului de preempțiune  
este/sunt: LOC. MITOCUL DRAGONIRHEI YUA, SUCEAVA  
TEL 0753 770 505
- 3) Prețul de vânzare al cabinetului este: 11.000 EURO.
- 4) Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența  
este: pastor.morhan@yahoo.com
- 5) Numărul de telefon: 0742 108659... Tel. 0751 140711.

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

Data: 27.11.2023

Președintelui Colegiului Medicilor din România/ Președintelui Colegiului Medicilor  
Teritorial