



SECRETARIAT
C.F. 7770925
FANIONULUI 27

230/05 03 2023

Cerere Cesionare Praxis

Domnule Președinte al CMR/ Colegiului Brașov

Subsemnata **ZUBCOV FLORICA** cetatean român domiciliată în Mun. Brașov, Str Mugurului , nr. 9, Jud. Brasov, identificat cu CI seria BV nr.338242/02.09.20 eliberat de SPCLEP Brașov, născută la data de 30.09.1953 în sat Gârbovăț, jud Caras Severin, CNP [redacted] titular al

CABINETULUI MEDICAL DE MEDICINA DE FAMILIE DR. ZUBCOV FLORICA CIF 20450832 cu sediul în Brașov, str. Fanionului nr 28, înregistrat în Registrul Unic al Cabinetelor Medicale sub nr. de identificare 490793/4758 din data de 01.11.1999, în conformitate cu

X **OUG 68/2008**

X **OMS 1322/2006,**

vă notific intenția de vânzare a praxisului.

Intrucât subsemnata doresc să încetez activitatea urmare a pensionarii, intentionez sa vând praxisul constând în **Patrimoniul de afectatiune profesională, Infrastructura** - cabinetului medical constând in dreptul de proprietate asupra cabinetului medical identificat ca o cota de 1/3 din 40.73% din spatiul comercial in strada Fanionului nr. 28 înscris in CF 169726-C1-U3 cu număr topografic (84080/1/I, 8480/1/XIV, 8480/1/XXIII)/1 nr cad 2611/1 și **clientela**

Vă aduc la cunoștință următoarele:

1) Titularii dreptului de preempțiune sunt:

Coproprietari - Dr. CURPEN Cornelia – Ana

- Dr. SOPONAR I. Anca

Vecini - Dr. POPA Claudia Loredana,

- Dr. IOACHIMESCU Tatiana-Valentina,

- SC META4HEALTH SRL

2) Adresa și numerele de telefon ale titularilor dreptului de preempțiune sunt:

Str. Fanionului nr. 28 ,

Coproprietari - Dr. CURPEN Cornelia – Ana telefon [redacted]

- Dr. SOPONAR I. Anca tel [redacted]

Vecini - Dr. POPA Claudia Loredana, tel [redacted]

- Dr. IOACHIMESCU Tatiana-Valentina, tel [REDACTED]
- SC META4HEALTH SRL , tel [REDACTED]

3) Prețul de vânzare al cabinetului este: **34000 Euro**

4) Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența este Brașov, strada Gheorghe Lazar nr. 25 (sediul DANINA STAR)

5) Numărul de telefon 0747 074 777

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

Data: 05.03.2024

Semnătura:



Președintelui Colegiului Medicilor din România/ Președintelui Colegiului Medicilor Teritorial