

Cerere vânzare/cesionare/donație Praxis

Domnule Președinte al CMR/ Colegiului SIBIU.....

Subsemnatul (a) (nume, prenume) ROMAN ANCA - CRISTINA.....având  
CNP.. [redacted] titular al cabinetului de medicină de familie din cadrul  
CMI/SRL DR. ROMAN ANCA - CRISTINA.....cu sediul  
în SIBIU, STR. VASILE AARON NR 20, JUD. SIBIU.....în  
confromitate cu:

OUG 68/2008



OMS 1322/2006



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

începând cu data de: 04.03.2024.....

Vă aduc la cunoștință următoarele:

1) Titularul/titularii dreptului de preempțiune este/sunt conf. Art.28 alin.2 din

OUG 68/2008 sunt: DR. MARCU ADINA, DR. RITVOI CAMELIA, MARCIA, DR. MIHU ADRIANA,  
DR. EPURE ALINA - NICULINA, DR. PĂRDUT VIOREL, DR. CHICHEI DANIEL,  
DR. STĂNESCU ILEANA, DR. APOLZAN ADELA - IRINA, DR. URȘU MARIANA,  
DR. LODCA SANDA, MARJOARA, DR. PEIA MARIA - SIMONA, DR. ENE ALEXANDRA -

2) Adresa și numărul de telefon al titularului/ titularilor dreptului de MELANIA

preempțiune este/sunt: DR. MARCU ADINA [redacted]

DR. RITVOI CAMELIA [redacted]

STR. VASILE AARON [redacted]

NR. 20, SIBIU [redacted]

DR. EPURE ALINA [redacted]

DR. PĂRDUT VIOREL [redacted]

DR. CHICHEI DANIEL [redacted]

DR. STĂNESCU ILEANA [redacted]

DR. APOLZAN ADELA [redacted]

DR. LODCA SANDA [redacted]

DR. PEIA SIMONA [redacted]

DR. ENE ALEXANDRA [redacted]

DR. URȘU MARIANA [redacted]  
SIBIU, STR. SIEBEN [redacted]

3) Prețul de vânzare al cabinetului este: 45.000 EURO.....

4) Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența  
este: SIBIU, STR. VASILE AARON NR 20.....

5) Numărul de telefon: 0736.876428..... doctor.roman@yahoo.com

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

Data:

04.03.2024

Președintelui Colegiului Medicilor din România/ Președintelui Colegiului  
Medicilor Teritorial