

Cerere vânzare/cesionare/donație Praxis

Domnule Președinte al CMR/ Colegiului Medicilor Satu Mare

Subsemnatul (a) (nume, prenume) DR. CZIAHEIG ILEAIVA
având CNP. [redacted] titular al cabinetului de medicină de familie din cadrul

CMI/SRL/ AR. 5221171 CMIER ILEAIVA
cu sediul în AR. 218, Str. PRINȚUL MIC NR 16

în conformitate cu: OUG 68/2008 OMS 1322/2006

Vă notific intenția de vânzare/cesionare/donație a praxisului
începând cu data de: 17.10.2024

Vă aduc la cunoștință următoarele:
Titularul/titularii dreptului de preempțiune este/sunt conf. Art.28 alin.2 din OUG 68/2008
sunt: [redacted]

Adresa și numărul de telefon al titularului/ titularilor dreptului de preempțiune este/sunt:
[redacted]

Prețul de vânzare al cabinetului este: 12.000 EURO

Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența
este: AR. 218, Str. PRINȚUL MIC NR 16

Numărul de telefon: 0745 213622

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

Data: 17.10.2024

Semnătura: [redacted]

Președintelui Colegiului Medicilor din România/ Președintelui Colegiului Medicilor Satu Mare

Nr. 431/18.10.2024
COLEGIUL MEDICILOR
SATU MARE
CIF 9839430
440046, Str. BUCUREȘTI Nr.
SATU MARE - ROMÂNIA