

Cerere donație Praxis

Domnule Președinte al CMR/ Colegiului București

Subsemnatul (a) (nume, prenume)..... FODOR DANIELA .....având  
CNP.. [redacted] .. titular al cabinetului de medicină de familie din cadrul  
CMI/SRL/..... Medicover .....cu sediul  
în..... Str. Grigore Alexandru Balașcu 16-20, Sector 1, București..... în  
confrontare cu:

**OMS 1322/2006**

vă notific intenția de **donație a praxisului** catre **Medicover S.R.L.**

începând cu data de: 01.01.2025

Vă aduc la cunoștință următoarele:

- 1) Titularul/titularii dreptului de preempțiune este/sunt **conf. Art.28 alin.2** din OUG 68/2008 sunt: -----
- 2) Adresa și numărul de telefon al titularului/ titularilor dreptului de preempțiune este/sunt: -----
- 3) Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența este: Doamna - ICPAU - Str. Avram Iancu Nr. 16.....
- 4) Numărul de telefon: 0723.380093.....

Având în vedere cele menționate vă solicit eliberarea adevărții necesare donației praxisului.

Data:

11.12.2024

itura:

Președintelui Colegiului Medicilor din România/ Președintelui Colegiului Medicilor Teritorial București