



**Cerere vânzare/cesionare/donație Praxis**

Domnule Președinte al CMR/ Colegiului... MUREȘ

Subsemnatul (a) (nume, prenume) OLASZ MAGDALENA având CNP: [redacted] titular al cabinetului de medicină de familie din cadrul CMI/SRL CMI DA OLASZ MAGDALENA cu sediul în Jud. MUREȘ, Loc. SOVATA, Str. GHERA nr. 5 în conformitate cu:

**OUG 68/2008**

**OMS 1322/2006**

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

începând cu data de: 1. III. 2025

Vă aduc la cunoștință următoarele:

- 1) Titularul/titularii dreptului de preempțiune este/sunt *conf. Art.28 alin.2 din OUG 68/2008 sunt:*  
— NU ESTE CAZUL
- 2) Adresa și numărul de telefon al titularului/ titularilor dreptului de preempțiune este/sunt:  
— NU ESTE CAZUL
- 3) Prețul de vânzare al cabinetului este: DONATIE
- 4) Adresa de corespondență la care vă solicit a transmite corespondența este: LOC. SOVATA, STR. DE LAP ROTUND NR. 5
- 5) Numărul de telefon: 074457369 & MUREȘ

Având în vedere cele menționate vă solicit elib ~~erare~~ erare verinței necesare vânzării/cesionării/donației praxisului.

Data: 12.11.2025

Președintelui Colegiului Medicilor din România/ Președintelui [redacted] medicilor Teritorial