

Cerere vânzare/cesionare/donație Praxis

Domnule Președinte al CMR/ Colegiului Medicilor Satu Mare

Subsemnatul (a)(nume, prenume)..... BARTIS ARPAD.....  
având CNP..... titular al cabinetului de medicină de familie din cadrul

CMI SRL..... dr. BARTIS ARPAD.....  
cu sediul în 44100 CAPEL str. ALBINELOR 4/2.....  
în conformitate cu: OUG 68/2008 OMS 1322/2006

Vă notific intenția de vânzare/cesionare/donație a praxisului..... C.M.I. dr. BARTIS,  
începând cu data de: 07/17/2024..... ARPAD

Vă aduc la cunoștință următoarele:

Titularul/titularii dreptului de preempțiune este/sunt conf. Art.28 alin.2 din OUG 68/2008  
sunt:.....

Adresa și numărul de telefon al titularului/ titularilor dreptului de preempțiune este/sunt:  
.....

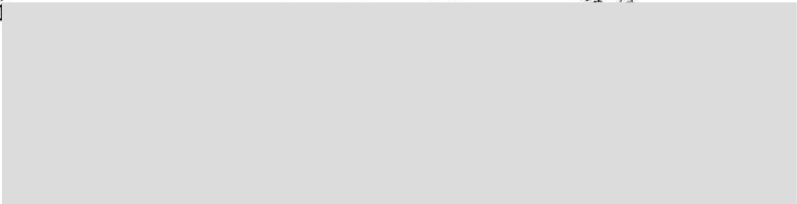
Prețul de vânzare al cabinetului este:..... 18000..... EU.....

Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența  
este:..... 44100 CAPEL str. ALBINELOR 4/2.....

Numărul de telefon: 02611864497 / 0745603864 dr. apodlatin de etno...

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

Data: 07/17/2024



Președintelui Colegiului Medicilor din România/ Președintelui Colegiului Medicilor Satu Mare

Nr 323 / 17.07.2024  
COLEGIUL MEDICILOR  
SATU MARE  
CIF 9839430  
440046, Str. BUCUREȘTI Nr. 1  
SATU MARE - ROMÂNIA