



Cerere vânzare/cesionare/donație-Praxis

Domnule Președinte al CMR/ Colegiului..... CĂLĂRAȘI

Subsemnatul (a) (nume, prenume) Popescu Aurora.....având  
 CNP ..... titular al cabinetului de medicină de familie din cadrul  
 CMI/SRLI DR. POPESCU AURORA.....cu sediul  
 în Călărași, Str. Progresului nr. 21 (fost 766) Bl. B1, sc. B, ap. 1, parter în  
 confromitate cu: Jud. Călărași

OUG 68/2008



OMS 1322/2006



vă notific intenția de vânzare/cesionare/donație a praxisului CMI DR. POPESCU AURORA  
 începând cu data de: 10.02.2025.....

Vă aduc la cunoștință următoarele:

- 1) Titularul/titularii dreptului de preempțiune este/sunt conf. Art.28 alin.2 din  
 OUG 68/2008 sunt: DR. BURICEA ELENA.....
- 2) Adresa și numărul de telefon al titularului/ titularilor dreptului de preempțiune  
 este/sunt: Călărași Str. Progresului bl. B1 sc. B  
ap. 2, Jud. Călărași tel. 0754 957203.....
- 3) Prețul de vânzare al cabinetului este: 45000 euro.....
- 4) Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența  
 este: Călărași Str. Progresului bl. B1 sc. B, ap. 1, jud. Călărași.....
- 5) Numărul de telefon: 0723307684.....

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

Data: 06.02.2025

Președintelui Colegiului Medicilor din România/ Președintelui Colegiului Medicilor  
 Teritorial