

COLEGIUL MEDICILOR
Filiala CĂLĂRAȘI
Nr. 793 Data 30.10.2024

Cerere vânzare/~~cesionare~~/donatie Praxis

Domnule Președinte al CMR/ Colegiului... CĂLĂRAȘI

Subsemnatul (a) (nume, prenume) DR. CONACHIU COSTEL având
CNP. [redacted] titular al cabinetului de medicină de familie din cadrul
CMI/SRLI DR. CONACHIU COSTEL
în. 100. CĂLĂRAȘI com. Răzetti Str. Dracului Nr. [redacted] cu sediul
în [redacted] în
conformitate cu:

OUG 68/2008

OMS 1322/2006

vă notific intenția de vânzare/~~cesionare~~/donatie a praxisului

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) Prețul de vânzare al cabinetului este: 100.000 lei (roni)
- 4) Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența este: conachiu90@yahoo.com
- 5) Numărul de telefon: 0728222184

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

Data: 30.10.2024.



Președintelui Colegiului Medicilor din România/ Președintelui Colegiului Medicilor Teritorial