

Cerere vânzare/cesionare/donație Praxis

Domnule Președinte al CMR/ Colegiului.....

Subsemnatul(a) (nume
 prenume) DRAGNEA ECATERINA având CNP.
 titular al cabinetului de oftalmologie de familie din cadrul
 CMI/SRI/ OFTHALMOLOGIE CAMPULUNG MOLDOVENESC cusediul
 n. CAMPULUNG MOLDOVENESC - str. D. CANTEMIR NR. 2 în
 conformitate cu:

OUG 68/2008OMS 132 ☒ 6 ☐

vănotific intenția de vânzare/cesionare/donație a praxisului

începând cu data de: 1 XI 2025

Văaduc la cunoștință următoarele:

- 1) Titularul/titularii dreptului de preempțiune este/sunt conf. Art. 28 alin. 2 din
 OUG 68/2008 sunt:
 - în anexa nr. 1
- 2) Adresa și numărul de telefon al titularului/ titularilor dreptului de
 preempțiune este/sunt:

- 3) Prețul de vânzare al cabinetului este: 40.000 EURO
- 4) Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența
 este:
- 5) Numărul de telefon: 0744769836

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

Data: Semn

