

Cerere vânzare/cesionare/donație Praxis

Domnule Președinte al Colegiului Medicilor Dolj

Subsemnatul (a) (nume prenume) SPANCI IRINA AURA.....având
 CNP: [REDACTED].....titular al cabinetului de medicină de familie din cadrul
 CMI/SRLI DR. SPANCI IRINA AURA - SRL.....cu sediul
 în CRAIOVA, JOLT, STR. SIRENULUI 11.....
 în conformitate cu:

OUG 68/2008

☐

OMS 1322/2006

☒

vă notific intenția de vânzare/cesionare/donație a praxisului

începând cu data de: 15. XII. 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:.....
- 4) Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența este: spanci. irina @ yahoo.com.....
- 5) Numărul de telefon: 043059.3914.....

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

Data:

26. XI. 2025

Semnătura:



Președintelui Colegiului Medicilor Dolj