

Cerere donație Praxis

Domnule Președinte al CMR/ Colegiului Medicilor Timiș

Subsemnatul, **DR. AIRF HISHAM**, având CNP [REDACTED] titular al cabinetului de medicină de familie din cadrul CMI **CABINET MEDICAL MEDICINA DE FAMILIE DR. AIRF HISHAM**, cu sediul în **MORAVIȚA, NR. 296, JUD. TIMIȘ**, în conformitate cu:

UG 68/2008

☐

OMS 1322/2006

X

vă notific intenția de donație a praxisului din **Moravița, nr. 296 jud. Timiș**, începând cu data de: **1 ianuarie 2026**.

Vă aduc la cunoștință următoarele:

- 1) Titularul/titularii dreptului de preempțiune este/sunt *conf. Art. 11 lit. f din Ordinul nr. 1322/2006 privind aprobarea normelor de stabilire a criteriilor și metodologiei de preluare a activității unui praxis existent* sunt:
MEDWAY CLINIC SRL, CUI 42387850, J35/744/2020
- 2) Adresa și numărul de telefon al titularului/ titularilor dreptului de preempțiune este/sunt:
[REDACTED]
- 3) Prețul de vânzare al cabinetului este:.....
- 4) Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența este:
av.paunescu.cecilia@gamil.com, Giroc, str. Trandafirilor, nr. 38, ap. 9, jud. Timiș.
- 5) Numărul de telefon: **0724299509**.

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

Data: 26 noiembrie 2025

Semnătura:
HISHAM AIRF
Semnăt digital de HISHAM AIRF
Data: 2025.11.26 12:02:51
+02'00'

Președintelui Colegiului Medicilor din România/ Președintelui Colegiului Medicilor Timiș