



Cerere vânzare spațiu medical

Domnule Președinte al CMR/ Colegiului Medicilor Timiș

Subsemnatul (a) (nume, prenume) PETCU AUREL IOAN.....având
CNP. [REDACTED] titular al cabinetului medical din cadrul
CMI/SRL/.....cu sediul
în BETHAUSEN NR 49 JUDEȚA TIMIȘ.....în
conformitate cu:

OUG 68/2008



OMS 1322/2006



vă notific intenția de vânzare

începând cu data de: 1 II 2026.....

Vă aduc la cunoștință următoarele:

- 1) Titularul/titularii dreptului de preempțiune este/sunt **conf. Art.28 alin.2** din OUG 68/2008 sunt:
..... - CABINET STOMATOLOGIC DR. RABULESCU D.A.H.
- 2) Adresa și numărul de telefon al titularului/ titularilor dreptului de preempțiune este/sunt:
..... BETHAUSEN 49 JUDEȚA TIMIȘ
- TELEFON: [REDACTED]
- 3) Prețul de vânzare al spațiului medical este: 40.000 EURO
- 4) Adresa de corespondență la care vă solicit a-mi transmite corespondența este: TIMIȘOARA, CALA URSENI NR 169 TIMIȘ
- 5) Numărul de telefon: 0723.37.4238

Având în vedere cele menționate vă solicit eliberarea adeverinței necesare vânzării
spațiului medical

Data: 18 XII 2025S [REDACTED]

Președintelui Colegiului Medicilor din România/ Președintelui Colegiului Medicilor
Timiș