

COMĂNICI FLORINĂ-CRISTINA

Proprietar(i) vecin(i): ☐

.....
1) Adresa de corespondență a titularului/titularilor dreptului de preempțiune este/sunt:
Coproprietar(i): ☐

.....
Proprietar(i) vecin(i): ☐

.....
Numărul/numerele de telefon al/ale titularului/titularilor dreptului de preempțiune
este/sunt:
Coproprietar(i): ☐

.....
Proprietar(i) vecin(i): ☐

.....
2) Prețul de vânzare al spațiului medical/praxisului este: DISCUTABIL

3) Adresa poștală pentru corespondența este: [REDACTED]

4) Adresa de e-mail: ekena.sotinceanu@yahoo.com

5) Numărul de telefon: 0727.966.330

Solicit eliberarea adeverinței necesare înstrăinării praxisului/spațiului și transmiterea
prin:

E-mail 5)* ☒ ekena.sotinceanu@yahoo.com

Poșta română ☐

Curier ☐

Ridicare personală sub semnătură de către titularul cererii ☐

Data: 28. sept. 2020

1) * Se va preciza specialitatea

2) * Se va preciza forma cabinetului medical

3) * Se va preciza adresa completă

4) * Dreptul de preempțiune la înstrăinarea imobilelor revine doar coproprietarilor, dacă este
cazul, și apoi proprietarilor vecini.

5) * Se va specifica adresa de e-mail