COLEGIUL MEDICILOR din ROMÂNIA

Str. Pictor Alexandru Romano nr. 14,
sector 2, Cod Poștal 023965, București,
Cod Fiscal: 9708419

Tel: 021.413.88.00; 021.413.88.03;
Fax: 021.413.77.50.
E-mail: office@cmr.ro | web: www.cmr.ro

Nr. înreg. CMR: 14030/16.11.2026

ANEXA

NOTIFICARE

Cerere vânzare/cesionare/donație praxis/spațiu medical

Doamnă Președinte a Colegiului Medicilor din România

Subsemnatul (a) (nume, prenume) NICOLESCU HORTENSIA MARILENA ..... având CNP [redacted] ... titular [X] reprezentant legal [ ] urmaș [ ] al cabinetului 1)* MEDICINA DE FAMILIE ..... din cadrul unității medicale CABINET MEDICAL MEDICINA GENERALA DR NICOLESCU HORTENSIA, organizată sub forma:

CMI [X] SRL [ ] ALTE FORME 2)* [ ]

.....

cu sediul în: 3) * TIMIȘOARA, B-D ȘAGUNOVITA 2C, jud TIMIȘ .....

în conformitate cu:

OUG 68/2008 [ ] ***OMS 1322/2006*** [X]

vă notific intenția de: vânzare [X] cesionare [ ] donație [ ]

a spațiului medical dobândit conf. OUG.68/2008 [ ]

a terenului dobândit conf. OUG.68/2008 [ ]

a praxisului conf. Ord. 1322/2006 [X]

începând cu data de 01.01.2027 .....

Vă aduc la cunoștință următoarele:

Titularul/titularii dreptului de preempțiune ***conf. Art.28 alin.2*** din ***OUG 68/2008*** este/sunt 4)*:

Coproprietar(i): [ ]

.....

CMR COLEGIUL MEDICILOR din ROMÂNIA

Str. Pictor Alexandru Romano nr. 14,
sector 2, Cod Poștal 023965, București,
Cod Fiscal: 9708419

Tel: 021.413.88.00; 021.413.88.03;
Fax: 021.413.77.50.
E-mail: office@cmr.ro | web: www.cmr.ro

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: 40.000 euro
3) Adresa poștală pentru corespondența este:
.....
4) Adresa de e-mail: tenzi_nic@yahoo.com
5) Numărul de telefon: 0745.253.548

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

E-mail 5)* ☒

Poșta română ☐

Curier ☐

Ridicare personală sub semnătură de către titularul cererii ☐

Data: 16.11.2026 Semnătura:

1) * Se va preciza specialitatea
2) * Se va preciza forma cabinetului medical
3) * Se va preciza adresa completă
4) * Dreptul de preempţiune la înstrăinarea imobilelor revine doar coproprietarilor, dacă este cazul, şi apoi proprietarilor vecini.
5) * Se va specifica adresa de e-mail