COLEGIUL MEDICILOR din ROMÂNIA

Str. Pictor Alexandru Romano nr. 14, sector 2, Cod Poştal 023965, Bucureşti, 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

COLEGIUL MEDICILOR DIN JUD. MUREŞ
INTRARE Nr. 5329
din 26 (ziua) 10 (luna) 2026 (anul)

Nr. înreg. CMR: 13189/29.10.2026

ANEXA

NOTIFICARE

Cerere vânzare/cesionare/donaţie praxis/spaţiu medical

Doamnă Preşedinte a Colegiului Medicilor din România

Subsemnatul (a) (nume, prenume) GÁL ORSOLYA ..... având CNP [redacted] titular [X] reprezentant legal [ ] urmaş [ ] al cabinetului 1)* CMI DR. GÁL C. ORSOLYA ..... din cadrul unităţii medicale ....., organizată sub forma:

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

..... MEDICINĂ DE FAMILIE .....

cu sediul în: 3) *

..... CĂLUGĂRENI, NR. 49, JUD. MUREŞ .....

în conformitate cu:

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

vă notific intenţia de: vânzare [ ] cesionare [ ] donaţie [X]

a spaţiului 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 cunoştinţă următoarele:

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

Coproprietar(i): [ ]

.....

COLEGIUL MEDICILOR din ROMÂNIA

Str. Pictor Alexandru Romano nr. 14,
sector 2, Cod Poştal 023965, Bucureşti,
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 corespondenţă a titularului/titularilor dreptului de preempţiune este/sunt:
Coproprietar(i): ☐

.....

Proprietar(i) vecin(i): ☐

.....

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

.....

Proprietar(i) vecin(i): ☐

.....

2) Preţul de vânzare al spaţiului medical/praxisului este: DONAȚIE

3) Adresa poştală pentru corespondenţa este:
CĂU CĂREȘ NR. 49, JUD. MUREȘ

4) Adresa de e-mail: galoloya83@gmail.com

5) Numărul de telefon: 0770 393 379

Solicit eliberarea adeverinţei necesare înstrăinării praxisului/spaţiului şi transmiterea prin:

E-mail *5)** ☒

Poşta română ☐

Curier ☐

Ridicare personală sub semnătură de către titularul cererii ☐

Data: 26.10.2026 Semn

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