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

COLEGIUL MEDICILOR DOLJ
CONSILIUL JUDEȚEAN
Str. Calea Unirii nr. 107, Craiova
Tel: 0251 / 418 312
Nr. 8288 din 06.11.2026

Nr. înreg. CMR: 13538/06.11.2026

ANEXA

NOTIFICARE

Cerere vânzare/cesionare/donație praxis/spațiu medical

Doamnă Președinte a Colegiului Medicilor din România

Subsemnatul (a) (nume, prenume) ECHORT DARGANA CUMINIȚA ..... având CNP [redacted] ....titular [X] reprezentant legal [ ] urmaș [ ] al cabinetului 1)* CMI DR. ECHORT CUMINIȚA ..... din cadrul unității medicale MICROPOLICLINICA CRAIOVIȚA NOUĂ ....., organizată sub forma:

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

.....

cu sediul în: 3) *
CRAIOVA, ST. aleea Școlii Mari, nr. 16A .....

în conformitate cu:

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

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

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

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

a praxisului conf. Ord. 1322/2006 [ ]

începând cu data de.....01.05.2027.....

Vă aduc la cunoștință următoarele:

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

Coproprietar(i): [ ]

.....

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): ☐

.....CRAIOVA, str. Aleea Aurel VLAICU, nr. 16A.....

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: .....

3) Adresa poștală pentru corespondența este:

.....CRAIOVA, str. Aleea Nr. Aurel VLAICU, nr. 16A.....

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

5) Numărul de telefon:.....0733/066789.....

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

E-mail 5)* ☒

Poșta română ☐

Curier ☐

Ridicare personală sub semnătură de către titularul cere

Data:

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