

Nr. înreg. CMR: 11675/05.10.2026

ANEXA

NOTIFICARE

Cerere vânzare/cesionare/donație praxis/spațiu medical

Doamnă Președinte a Colegiului Medicilor din România

Subsemnatul (a) (nume, prenume) GROSU PAUL ONIȘU FLORIAN având
CNP. [REDACTED] titular ☐ reprezentant legal ☐ urmaș ☒ al cabinetului
1)* MEDICINA DE FAMILIE din cadrul unității
medicale CMI. DR. BALACU ANA MONICA, organizată sub forma:

CMI ☒

SRL ☐

ALTE FORME 2)* ☐

cu sediul în: 3)*

STR. CĂMINULUI, nr. 12, com. MOLDOVENI, jud. IALOMITA

în conformitate cu:

OUG 68/2008 ☐

OMS 1322/2006 ☒

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.....

Vă aduc la cunoștință următoarele:

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

Coproprietar(i): ☐

.....

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:

3) Adresa poștală pentru corespondența este:

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

.....
5) Numărul de telefon: 0728547678

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: 05.10.2026

Semnătura: _____

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