



Colegiul Medicilor din România

Str. Pictor Alexandru Romano nr. 14, sector 2, Cod Poștal 023965, București, RO

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: 11319/S/12.10.2026

ANEXA

NOTIFICARE

Cerere vânzare/cesionare/donație praxis/spațiu medical

Doamnă Președinte a Colegiului Medicilor din România

Subsemnatul (a) (nume, prenume) OPREA DOINA-EUGENIA.....având
CNP. [redacted] ular ☒ reprezentant legal ☐ urmas ☐ al cabinetului

1)* CMI. DR. OPREA DOINA-EUGENIA MEDICINA FAMILIALA cadrul unității
medicale.. CABINET MEDICAL INDIVIDUAL M.F......, organizată sub forma:

CMI ☒

SRL ☐

ALTE FORME 2)* ☐

.....
cu sediul în: 3) *

SIBIU STR. GEORGHELEA NR 2

.....
în conformitate cu:

BUG 68/2008 ☒

OMS 1322/2006 ☒

vă notific intenția de: vânzare ☒ cesionare ☐ donație ☐

a spațiului medical dobândit conf. BUG.68/2008 ☒

a terenului dobândit conf. BUG.68/2008 ☒

a praxisului conf. Ord. 1322/2006 ☒

începând cu data de..... 1.01.2027.....

Vă aduc la cunoștință următoarele:

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

Coproprietar(i): ☒ [redacted]

.....



Colegiul Medicilor din România

Str. Pictor Alexandru Romano nr. 14, sector 2, Cod Poștal 023965, București, RO

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): ☒ SIMIU STR. SELARILOR NR. 2

Proprietar(i) vecin(i): ☒ SIMIU STR. SELARILOR NR. 2

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 corespondență este:

SIMIU C.M.I. DR. OPREA DOINA STR. SELARILOR NR. 2.

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

5) Numărul de telefon: 0269/213 294; 0748 954 700

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: 9 10 2026

Semnătura:

Dr. Oprea Doina

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