

Nr. înreg. CMR: 12823/26.10.2026

ANEXA

NOTIFICARE

Cerere vânzare/cesionare/donație praxis/spațiu medical

Doamnă Președinte a Colegiului Medicilor din România

Subsemnatul (a) (nume, prenume) PASOL DOINA CAMELIA.....având
CNP [redacted] titular ☒ reprezentant leg ☒ urn ☐ al
cabinetului 1)* M.F. CMI.....din cadrul
unității medicale CMI PASOL DOINA CAMELIA....., organizată sub
forma:

CMI ☒

SRL ☐

ALTE FORME 2)* ☐

cu sediul în: 3)*

BOTOSANI STR. PRIMĂVERII NR 9 PARTER

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 01.01.2024.....

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: *NEGOCIABIL*

3) Adresa poștală pentru corespondența este:

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

5) Numărul de telefon: *0744 683641*

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:

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.