

ANEXA

NOTIFICARE

Cerere vânzare/cesionare/donație praxis/spațiu medical

Doamnă Președinte a Colegiului Medicilor din România

Subsemnatul (a) (nume, prenume) MORAR CARMEN având
CNP. [REDACTED] titular ☒ reprezentant legal ☐ urmaș ☐ al cabinetului
1)* MEDICINA DE FAMILIE din cadrul unității
medicale CMU MORAR CARMEN, organizată sub forma:

CMI ☒SRL ☐ALTE FORME 2)* ☐

cu sediul în: 3)*

STR. DREPTĂȚII, Nr. 2, ETAJ 2, Sector 6 BUCUREȘTI

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 08.09.2026

Vă aduc la cunoștință următoarele:

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

Coproprietar(i): ☐[REDACTED]

Proprietar(i) vecin(i): ☐

1) Adresa de corespondență:

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: 119215 RON NEGOCIABIL

3) Adresa postală pentru corespondență este:

4) Adresa de e-mail:

5) Numărul de telefon: 0723.308056

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: 08.09.2026

- 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