

Nr. înreg. CMR: 10490/10.09.2026

ANEXA

NOTIFICARE

Cerere vânzare/cesionare/donație praxis/spațiu medical

Doamnă Președinte a Colegiului Medicilor din România

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

CMI ☒

SRL ☐

ALTE FORME 2) * ☐

.....
cu sediul în: 3) * JUB. ARGES - ORASTEFANESI - VALEA MARII
SA COASTA CAMPULUI NR. 14D.....

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.....25-09-2026.....

Vă aduc la cunoștință următoarele:

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

Coproprietar(i): ☐

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:

5) Numărul de telefon:

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

E-mail s)* ☒

dr.cirsteadoarina@gmail.com

Poșta română ☐

Curier ☐

Ridicare personală sub semnătură de către titularul cererii ☐

Data: *10-09-2020*

S

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.