

m. 1480/31.08.2026

Nr. Inreg. CMR: 10186/01.09.2026

ANEXA**NOTIFICARE****Cerere vânzare/cesionare/donație praxis/spațiu medical****Doamnă Președinte a Colegiului Medicilor din România**

Subsemnatul (a) (nume, prenume) DANCIU MARIA.....având
CNP. titular ☒ reprezentant leg ☐ urn ☐ al
cabinetului 1) * M.F. CLINICA FAMILIE.....din cadrul
unității medicale CHI. DE DANCIU MARIA....., organizată sub
forma:

CMI ☒SRL ☐ALTE FORME 2) * ☐

.....
cu sediul în: 3) * Cal. Ștefan cel Mare 412 E, Ap. 2.
cod postal 317125.....

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 01.09.2026.....

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: 30.055 lei

3) Adresa poștală pentru corespondență este: Cole. Bihariu - NOU
Nr. 288, Str. ARAD - cod poștal: 317425

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

5) Numărul de telefon: 0722881963

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: 28.08.2023

Semnătură:



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.