

# 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](mailto:office@cmr.ro); web: [www.cmr.ro](http://www.cmr.ro)

Nr. înreg. CMR: 10132/31.08.2026

## Cerere vânzare/cesionare/donație Praxis

Domnule Președinte al Colegiului Medicilor din România

Subsemnatul (a) (nume, prenume) NECOLAE PAUL TEODOR având  
CNP. [redacted] titular ☒ reprezentant legal ☒ urmaș ☐ al  
cabinetului 1) CMI NECOLAE PAUL TEODOR din cadrul unității  
medicale....., organizată sub forma:

CMI ☒

SRL ☐

ALTE FORME 2) ☐

MEDICINĂ GENERALĂ - MEDICINĂ DE FAMILIE

cu sediul în: 3) \*

STR. PRINCIPALĂ A LOC. UDEȘTI, JUDEȚUL SUCEAVĂ

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 ☒

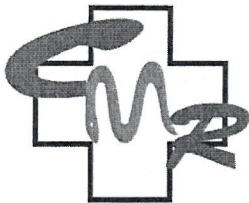
începând cu data de 15. septembrie 2026

Vă aduc la cunoștință următoarele:

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

Coproprietar(i): ☐

.....  
.....



# 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](mailto:office@cmr.ro); web: [www.cmr.ro](http://www.cmr.ro)

Proprietar vecin(i): ☐

.....  
.....

- 1) Adresa de corespondență a titularului/titularilor dreptului de preempțiune este/sunt:

Coproprietar(i): ☐

.....  
.....

Proprietar vecin(i): ☐

.....  
.....

- 2) Numărul de telefon a titularului/titularilor dreptului de preempțiune este/sunt:

Coproprietar(i): ☐

.....  
.....

Proprietar vecin(i): ☐

.....  
.....

- 3) Prețul de vânzare al cabinetului este: *confidențial*

- 4) Adresa postală pentru corespondență este:

*STR. PRINCIPALĂ 1 COM. VÂDEȘTI JUDE. SUCEAVA*

- 5) Adresa de e-mail:

*secretariatdoctor10@gmail.com*

- 6) Numărul de telefon:

*0750716509*

Solicit eliberarea adeverinței necesare vânzării/~~cesiunii~~/donării praxisului.

Data:

*28. august 2016*

Semnătura:

*[Redacted Signature]*

- 1) \* Se va preciza specialitatea

- 2) \* Se va preciza forma cabinetului medical

- 3) \* Adresa completă

- 4) \* Dreptul de preempțiune la înstrăinarea imobilelor revine doar coproprietarilor, dacă este cazul, și apoi proprietarilor vecini.