



# 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)

## Cerere vânzare/cesionare/donație Praxis

Domnule Președinte al Colegiului Medicilor din România

Subsemnatul (a) (nume, prenume) ARTENE ROMEO-ERNEST având  
CNP. [REDACTED] titular  reprezentant legal  urmaș  al  
cabinetului 1) MEDICINA DE FAMILIE din cadrul unității  
medicale C.M.I. DR. ARTENE ROMEO-ERNEST, organizată sub forma:

CMI

SRL

ALTE FORME 2)\*

cu sediul în: 3)\* STR. DREPTĂȚII NR. 2, etaj 1, corp II.  
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 01-XII-2024

Vă aduc la cunoștință următoarele:

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

Coproprietar(i):

C.M.I. BACIU FLORENTINA-MEDICINA DE  
FAMILIE-



# 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):

CMR BACIU FLORENTINA STR. DREPTĂȚII  
NR. 2 et 1 camera 17, SECT 6 BUCUREȘTI

Proprietar vecin(i):

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

Coproprietar(i):

CMR BACIU FLORENTINA TEL 0726841101

Proprietar vecin(i):

3) Prețul de vânzare al cabinetului este: 20.000 € (douăzeci de mii €)

4) Adresa poștală pentru corespondența este:

5) Adresa de e-mail: [romeoartele@qued.com](mailto:romeoartele@qued.com)

6) Numărul de telefon: 0744882494

Solicit eliberarea adeverinței necesare vânzării/cesiunii/donației praxisului.

Data: 26-VIII-2024

Semnătura:



- 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.