



# Colegiul Medicilor din România

Str. Pictor Alexandru Romano nr. 14, sector 2, Cod Postal 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; web: www.cmr.ro

Nr. înregistrare CMR: 8107/04.09.2024

## Cerere vânzare/cesionare/donație Praxis

Domnule Președinte al Colegiului Medicilor din România

Subsemnatul (a) (nume, prenume) SINESCU IOANA având  
CNP. [REDACTED] titular  reprezentant legal  urmaș  al  
cabinetului <sup>1)</sup> CMI DR. SINESCU IOANA MED. FAM. din cadrul unității  
medicale CMI DR. SINESCU IOANA, organizată sub forma:  
CMI  SRL  ALTE FORME <sup>2)</sup>

cu sediul în: <sup>3)</sup> NEGOIESTI, JUD. DOLJ

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 01.11.2024

Vă aduc la cunoștință următoarele:

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

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:

25.000 €

4) Adresa poștală pentru corespondența este:

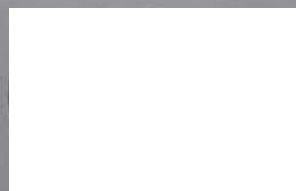
CMI DR. SINESCU IOANA, NEGOIESTI, JUD. DOLJ

5) Adresa de e-mail: [isinescu@yahoo.com](mailto:isinescu@yahoo.com)

6) Numărul de telefon: 0723 932 628

Solicit eliberarea adeverinței necesare vânzării/cesiunii/donației praxisului.

Data: 03.09.2024



1) \* Se va preciza specialitatea

2) \* Se va preciza forma cabinetului medical