



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; web: www.cmr.ro

Cerere vânzare/cesionare/donație Praxis

Domnule Președinte al Colegiului Medicilor din România

Subsemnatul (nume prenume) STAN FLORICA având CNP
..... titular reprezentant legal urmaș al
cabinetului)* Din cadrul unității
medicale CMI SR STAN FLORICA organizată sub forma:
CMI SRL ALTE FORME²⁾*

căsediu în: 3) LOC CĂMĂRARI JUDECĂRIE CĂMĂRARI, STR. PARCULUI, NR. 1
.....

în conformitate cu:

OUG 68/2008 OMS 2006

în notificința 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**)*:

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; web: www.cmr.ro

Proprietarvecin(i):

.....
TOMA OCTAVIA

1) Adresade corespondență a titularului/titularilordreptului de preempțiuneeste/sunt:

Coproprietar(i):

.....
.....

Proprietarvecin(i):

Loc. CĂLĂRAȘI, JUDE. CĂLĂRAȘI, STR. PARCULUI NR.1.....

2) Numărul de telefon a titularului/titularilordreptului de preempțiuneeste/sunt:

Coproprietar(i):

.....
.....

Proprietarvecin(i):

.....
.....

3) Prețul de vânzare al cabinetului este:.....

4) Adresa poștală pentru corespondența este: Loc. CĂLĂRAȘI, JUDE. CĂLĂRAȘI, STR. PARCULUI NR.1.....

.....
5) Adresa de e-mail: cmuistan2009@yahoo.com.....

6) Numărul de telefon: 0723 342 364.....

Solicit eliberarea adeverinței necesare vânzării/cesiunii/donației praxisului.

Data: Semnătura:

27.09.2024.

1) *Se va preciza specialitatea

2) *Se va preciza forma cabinetului medical

3) * Adresacompletă