

# 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

COLEGIUL MEDICILOR JUD. ARGES	
C.F. 9471486	
INTRARE	Nr. 469
IESIRE	
Zi 07	luna 10 an 2024

## Cerere vânzare/cesionare/donație Praxis

Domnule Președinte al Colegiului Medicilor din România

Subsemnatul (a) (nume, prenume) ANDREESCU ADINA.....având  
CNP. [redacted]...titular  reprezentant legal  urmaș  al  
cabinetului 1)\* UMI SA ANDREESCU ADINA MED din cadrul unității  
medicale....., organizată sub forma:

CMI  SRL  ALTE FORME 2)\*

cu sediul în: 3)\*  
CURTEA DE ARGES, B-UL BANARAIOR 102, JUD ARGES.....

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

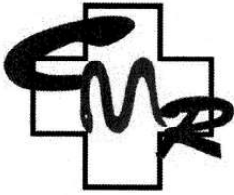
a praxisului conf. Ord. 1322/2006

începând cu data de.....01.12.2024.....

Vă aduc la cunoștință următoarele:

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

Coproprietar(i):



# 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: ..6.000.000..E.....

4) Adresa poștală pentru corespondența este:

CURTEA DE ARGES / Bulevardul BĂTRÂNILOR NR. 102-104 ARGES

5) Adresa de e-mail: ..andrusa.obina457@yohoo.com.....

6) Numărul de telefon: ..0721.257.370 / 0722 679 692.....

Solicit eliberarea adeverinței necesare vânzării/cesiunii/donației praxisului.

Data: 07.05.2024

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.