



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 (a) (nume, prenume) MIRCU IOVEL NERVA TRAIAN având
 CNP. _____ titular reprezentant legal urmaș al
 cabinetului ¹⁾ DE MEDICINA DE FAMILIE din cadrul unității
 medicale SC NERVA REX SRL....., organizată sub forma:
 CMI SRL ALTE FORME ²⁾

cu sediul în: ³⁾ *

CLUJ-NAPOCA STR FAURANELE NR 3

în conformitate cu:

UG 68/2008

OMS 1322/2006

vă notific intenția de: vânzare cesionare donație

a spațiului medical dobândit conf. UG.68/2008

a terenului dobândit conf. UG.68/2008

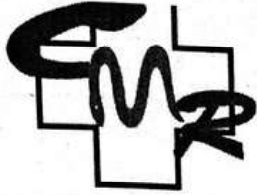
a praxisului conf. Ord. 1322/2006

începând cu data de 01.01.2025

Vă aduc la cunoștință următoarele:

Titularul/titularii dreptului de preempțiune este/sunt *conf. Art.28 alin.2 din UG 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; web: 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:

4) Adresa poștală pentru corespondența este:

CLUJ-NAPOCA STR. FRATELII NR 3 ETAJ 1

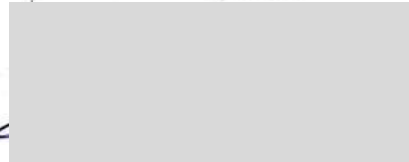
5) Adresa de e-mail: office@nerva.ro

6) Numărul de telefon: 0744420205

Solicit eliberarea adeverinței necesare vânzării/cesionării/donației praxisului.

Data: 15.10.2024

Semnătura:



1) * Se va preciza specialitatea

2) * Se va preciza forma cabinetului medical