



# 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)  
DRULA EMANUEL având  
CNP.. [REDACTED] ..titular reprezentant legal urmaș  
al cabinetului 1)\* [REDACTED] din cadrul  
unității medicale....., organizată  
sub forma:

CMI SRL ALTE FORME 2)\*  
NU ESTE ORGANIZAT SUB NICI O FORMĂ

cu sediul în: 3)\*  
MOTRU, STRADA MINERULUI NR.7, ET 1, APARTAMENT 22, GORJ

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

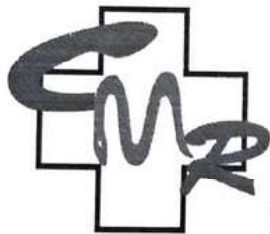
începând de.....20.08.2021..... cu ..... data

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):

.....ISKANDARANI YAMAL.....  
.....  
.....  
.....

- Adresa de corespondență a titularului/titularilor dreptului de preempțiune este/sunt:

.....

Coproprietar(i):

.....  
.....

.....Proprietar vecin(i):

.....  
.....  
.....

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

Coproprietar(i):

.....  
.....  
.....

Proprietar vecin(i):

.....  
.....  
.....

- Prețul de vânzare al cabinetului este:  
..... 115500 LEI .....

- Adresa poștală pentru corespondența este:  
..... STRADA MINERULUI, NR. 7, POLICLINICA, ET. 2, AP. 49, MOTRU  
..... G. B. R. Y .....

- Adresa de e-mail: ..... ormi\_drula@yahoo.com .....

- Numărul de telefon: ..... 0768421494 .....

Solicit eliberarea adeverinței necesare vânzării/cesionării/donației praxisului.

11.10.2024

