



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

CMI

SRL

ALTE FORME 2) \*

cu sediul în: 3) \* Str. BUCUREȘTI NR 469  
COM. FRUMUȘANI JUO. CĂLĂRAȘI

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.... 01.06.2025

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):

*[Handwritten signature]*

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

Coproprietar(i):

*[Handwritten signature]*

Proprietar vecin(i):

*[Handwritten signature]*

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

Coproprietar(i):

*[Handwritten signature]*

Proprietar vecin(i):

*[Handwritten signature]*

3) Prețul de vânzare al cabinetului este:

~~2.000.000~~ *2.000.000 euro*

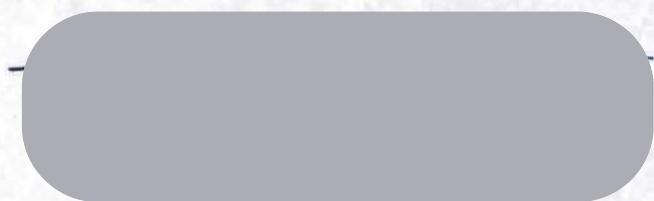
4) Adresa poștală pentru corespondența este:

5) Adresa de e-mail: *secretariat@drsteu.ro*

6) Numărul de telefon: *0750716509*

Solicit eliberarea adeverinței necesare vânzării/cesiunii/donației praxisului.

Data: *24.02.2025*



1) \* Se va preciza specialitatea

2) \* Se va preciza forma cabinetului medical