

# 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)

Nr. înreg. CMR: 2261/07.03.2025

## Cerere vânzare/cesionare/donație Praxis

Domnule Președinte al Colegiului Medicilor din România

Subsemnatul (a) (nume, prenume) CIOVĂRNACHE MARIANA-LIVIA.....având  
CNP. [REDACTED].....titular  reprezentant legal  urmaș  al  
cabinetului <sup>1)</sup> MEDICINA DE FAMILIE..... din cadrul unității  
medicale CHMF DR. CIOVĂRNACHE MARIANA..... organizată sub forma:

CMI

SRL

ALTE FORME <sup>2)</sup>

.....  
cu sediul în: 3)

\* JUD. SĂLĂJ, MUN. ZALĂU, B-DUL MIHAI VITEAZU NR. 48/A

.....  
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

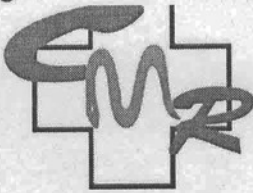
începând cu data de 01.04.2025.....

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):

1. DR. BUTURĂ LUCIA, 2. DR. CORDEA DELIA, 3. DR. MUREȘANU SOFIA

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: DONAȚIE

4) Adresa poștală pentru corespondența este: B-DUL MIHAI VITEAZU NR. 78/A, ZALĂU JUDEȚ SALAJ.

5) Adresa de e-mail: MARIANA CIOVARNA CHE@YAHOO.COM

6) Numărul de telefon: 0744535324

Solicit eliberarea adeverinței necesare vânzării/cesionării/donației praxisului.

Data:

01.03.2025

- 1) \* Se va preciza specialitatea
- 2) \* Se va preciza forma cabinetului medical
- 3) \* Adresa completă