



# 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

COLEGIUL MEDICILOR BISTRIȚA-NĂȘĂUD  
 Nr. INTRARE/IEȘIRE 182  
 Data: 1.04.2025

Subsemnatul(a) COLUMBAN OCTAVIAN-IOAN-VALERIU (nume, prenume) [redacted] ..... având CN  .....  
 ..... titular reprezentant legal al urmașilor cabinetului) \* CMI DE COLIMBANI OCTAVIAN  
 din cadrul unității medicale .....  
 organizată sub forma:

CMI  SRL  ALTE FORME<sup>2)</sup>\*

căsediu în: <sup>3)</sup> \* BU - FELDUR nr. 780

în conformitate cu:

OG 68/2008 OMS  /2006

în notificința 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 01.05.2025

Vă aduc la cunoștință următoarele:

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

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)

Proprietarvecin(i):

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

Coproprietar(i):

RM - FELDERU nr. 31 NUFENII

Proprietarvecin(i):

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

Coproprietar(i):

0721 264 339

Proprietarvecin(i):

3) Prețul de vânzare al cabinetului este: .....

4) Adresa poștală pentru corespondență este: .....

RM - FELDERU nr. 31 NUFENII

5) Adresa de e-mail: .....

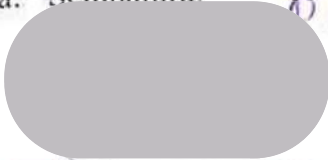
octavian.potumbou@yahoo.com

6) Numărul de telefon: .....

0721.264.339

Solicit eliberarea adeverinței necesare vânzării/cesiunii/donației praxisului.

Data: 01.04.2025



1) \*Se va preciza specialitatea

2) \*Se va preciza forma cabinetului medical