

# 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)

COLEGIUL MEDICILOR BRAȘOV  
Secretariat  
C.F. 9770925  
P-1a Sfatului 27

455/21.05.2025

Nr. înreg. CMR: 5284/22.05.2025

## Cerere vânzare/cesionare/donație Praxis

### Doamnă Președinte a Colegiului Medicilor din România

Subsemnatul (a) (nume, prenume) Pulcu Corneliu Monu Mihaela având  
CNP. [redacted] titular ☒ reprezentant legal ☐ urmaș ☐ al  
cabinetului 1)\* C.M.M.F. dr. Pulcu Corneliu din cadrul unității  
medicale Pol. Arta - Broșu, organizată sub forma:

CMI ☒

SRL ☐

ALTE FORME 2)\* ☐

cu sediul în: 3)\*

Bd. Saturn 43

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 ☒

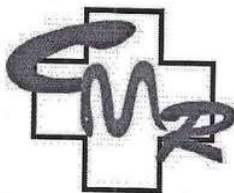
începând cu data de 1.5.2025

Vă aduc la cunoștință următoarele:

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

Coproprietar(i): ☒

dr. Condrea Rodu



# 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) 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: 40.000 €

- 4) Adresa poștală pentru corespondență este:

.....

- 5) Adresa de e-mail: cormenmaraliza@yahoo.com

- 6) Numărul de telefon: 07444.85087

Solicit eliberarea adeverinței necesare vânzării/cesionării/donației praxisului.

Data: 20.05.2025

Semnătura:

.....

- 1) \* Se va preciza specialitatea : Medicina de familie  
2) \* Se va preciza forma cabinetului medical CMF/CMi  
3) \* Adresa completă Bd. Salina 43 cam 120  
4) \* Dreptul de preempțiune la înstrăinarea imobilelor revine doar coproprietarilor, dacă este cazul, și apoi proprietarilor vecini.