

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; web: www.cmr.roNr. 237/30.05'25
COLEGIUL MEDICILOR

SATU MARE

CIF 9839430

440048, Str. BUCUREȘTI Nr. 1

SATU MARE - ROMÂNIA

Cerere vânzare/cesionare/donație Praxis

Domnule Președinte al Colegiului Medicilor din România

Subsemnatul(a)(nume, prenume) SBICA GYI ANDRAS.....având
 CNP.....titular ☐ reprezentant legal ☐ urmaș ☒ al
 cabinetului*) SPORT MEDICAL 2016 SRL..... din cadrul unității
 medicale..... CĂRUCĂȘIȘTI BĂRSĂU....., organizată sub forma:

CMI ☐SRL ☒ALTE FORME²⁾ ☐

Cu sediul în:*)

COM. BĂRSĂU, SAT BĂRSĂU DE SUS NR. 116, JUDEȚUL SATU MARE

în conformitate cu:

OUG 68/2008 ☐

OMS 1322/2006

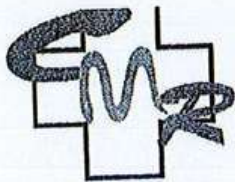
☒vă notific intenția de: vânzare ☐ cesionare ☐ donație ☒a spațiului medical dobândit conf.OUG.68/2008 ☐a terenului dobândit conf.OUG.68/2008 ☐a praxisului conf. Ord. 1322/2006 ☐începând cu data de..... 15.06.2025.....

Vă aduc la cunoștință următoarele:

Titularul/titularii dreptului de preempțiune este/sunt conf. Art.28 alin.2 din OUG
 68/2008¹⁾ *:

Coproprietar(i): ☐

NU AM LA CUNOȘTINȚĂ DESPRE EXISTENȚA URMAȘULUI
TITULAR AL DREPTULUI DE PREEMPTIUNE



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; web: 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:.....50.000.000.....

4) Adresa poștală pentru corespondența este:.....Str. Pictor Alexandru Romano nr. 14, sector 2, București, RO.....

5) Adresa de e-mail:.....an.uglo.gerald@cmr.ro.....

6) Numărul de telefon:.....021.413.88.00.....

Solicit eliberarea adeverinței necesare vânzării/cesionării/donației praxisului.

Data: 29.05.2025

1) *Se va preciza specialitatea

2) *Se va preciza forma cabinetului medical

3) * Adresa completă

4) *Dreptul de preempțiune la înstrăinarea imobilelor revine doar coproprietarilor, dacă este cazul, și apoi proprietarilor vecini.