

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

Nr. înreg. CMR: 5502/23.05.2025

Cerere vânzare/cesionare/donație Praxis

Domnului Președinte al Colegiului Medicilor din România/

Domnului Președinte al Colegiului Medicilor Olt

Subsemnata Dr. Ciurea Mihaela Tatiana având
CNP.....titular ☒ reprezentant legal /
urmaș al cabinetului de Medicina de familie din cadrul unității medicale CM Dr.
Ciurea Mihaela SRL, organizată sub forma:

CMI ☐ SRL ☒ ALTE FORME ☐

...
cu sediul în: Slatina, Bd. A. I. Cuza nr.22 BL FA 21.

Etaj1.....
...

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 ☒

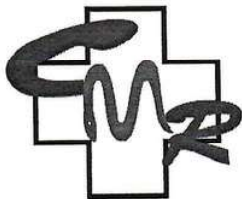
începând cu data de 01 Iulie
2025.....

Vă aduc la cunoștință următoarele:

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

Coproprietar(i): ☒

.....VEZI ANEXA.....



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): ☒ X

... VEZI ANEXA.....

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

Coproprietar(i): ☒ X

... VEZI ANEXA.....

Proprietar vecin(i):

☒ X VEZI

ANEXA.....

...

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

Coproprietar(i): ☒ X

.....VEZI

ANEXA.....

Proprietar vecin(i): ☒ X

.....VEZI

ANEXA.....

...

- 3) Prețul de vânzare al cabinetului este:30000 EURO.....

- 4) Adresa postală pentru corespondența este: Ciurea Mihaela Tatiana, Strada

(REDACTED)

Olt.....

.....

- 5) Adresa de e-mail:

mi_ciurea@yahoo.com.....

.....

- 6) Numărul

de

telefon:.....0721204720.....

.....

Solicit eliberarea adeverinței necesare vânzării/cesionării/donației praxisului.

Data: 23 Mai 2025

*Sr. Ciurea
Mihaela-Tatiana*

Semnătura:

(REDACTED)