

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: 6520/18.06.2025

Cerere vânzare/cesionare/donație Praxis

Doamnă Președinte a Colegiului Medicilor din România

Subsemnatul (a) (nume, prenume)Baican Tudor..... având
CNP titular ☐ reprezentant legal ☒ urmaș ☐ al
cabinetului 1)*...de medicina de familie..... din cadrul unității
medicale.....CMI DR. BAICAN CORINA....., organizată sub forma:

CMI ☒

SRL ☐

ALTE FORME 2)* ☐

.....
cu sediul în: 3)* CALEA RAHOVEI NR. 309, BL. 44, SC. 2, AP. 45, PARTER,
SECTOR 5, BUCUREȘTI

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 ☒

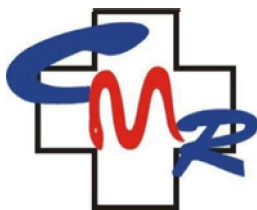
începând cu data de.....

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; 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:

- 4) Adresa poștală pentru corespondența este: CALEA RAHOVEI NR. 309, BL. 44, SC. 2, AP. 45, PARTER, SECTOR 5, BUCUREȘTI

- 5) Adresa de e-mail:.....dr.corinabaican@gmail.com.....

- 6) Numărul de telefon:.....0729231636.....

Solicit eliberarea adeverinței necesare vânzării/cesionării/donației praxisului.

Data: 19.06.2025

Semnătura:

**BAICAN
TUDOR**

Digitally signed
by BAICAN
TUDOR
Date: 2025.06.18
02:09:14 +03'00'

- 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.