



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

Cerere vânzare/cesionare/donație Praxis

Doamnă Președinte a Colegiului Medicilor din România

Subsemnatul (a) (nume, prenume) BAICU MARIA având
 CNP: [REDACTED] ..titular ☐ reprezentant legal ☐ urmaș ☒ al
 cabinetului 1)* BAICU CARMEN din cadrul unității
 medicale....., organizată sub forma:

CMI ☒SRL ☐ALTE FORME 2)* ☐

cu sediul în: 3)* București, str. Drumul Gărilor nr. 28, bl. 28, sc1, parter, sector 4

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:
..... 1.5000 Euro

- 4) Adresa postală pentru corespondența este:

- 5) Adresa de e-mail: g.p.f@vahoo.com

- 6) Numărul de telefon: 0761612283; 0767813907

Solicit eliberarea adeverinței necesare vânzării/cesionării/donației praxisului.

Data:

30.05.2025

Semnătura:

- 1) * Se va preciza specialitatea
2) * Se va preciza forma cabinetului medical