



## 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)

### Cerere vânzare/cesionare/donație Praxis

Doamnă Președinte a Colegiului Medicilor din România

Subsemnatul (a) (nume, prenume) GROZA SIMONA-TIMEA.....având  
CNP [REDACTED] titular ☐ reprezentant legal ☒ urmaș ☐ al  
cabinetului 1)\* MEDICINA DE FAMILIE..... din cadrul unității  
medicale SC. SIMOTHEMEDFAM SRL....., organizată sub forma:

CMI ☐

SRL ☒

ALTE FORME 2)\* ☐

.....  
cu sediul în: 3)\* [REDACTED]

PUNCT DE LUCRU: VAMA BUZĂULUI, STR. PRINCIPALĂ 374, JUD. BRAȘOV.  
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 15.08.2025.....

Vă aduc la cunoștință următoarele:

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

Coproprietar(i): ☐

.....  
.....



## 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: NEGOCIABIL

- 4) Adresa poștală pentru corespondență este:

BRASOV, STR. P. ST. LUCHIAN NR 25 F, Bl. 36, AP 10

- 5) Adresa de e-mail: tea\_barin@yahoo.com

- 6) Numărul de telefon: 0723579003

Solicit eliberarea adeverinței necesare vânzării/cesionării/donației praxisului.

Data:

08.08.2025

Semnătura:



- 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.