



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) COTAIE GHEORGHE având
CNP [REDACTED] titular ☐ reprezentant legal ☐ urmaș ☐ al
cabinetului 1) * SC SEPAMENT SRL - RADIOLOGIE în cadrul unității
medicale CABINET RADIOLOGIC DENIMIZ DENTARIA organizată sub forma:
CMI ☐ SRL ☒ ALTE FORME 2) * ☐

cu sediul în: 3) *

IASI, STR. MUSATIMI, NR 59, PARTER

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 Romăno nr. 14, sector 2, Cod Postal 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): ☒ Arhitei Gabriela, Pascau Christina, Botlariu Ioan, Oprea Otilia
Duca Maria, Sclom Monica, Utiu Mihail, Florea Mariana, Bratasa Ana, Marinescu
Madalina

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

Coproprietar(i): ☐

Proprietar vecin(i): ☒ Stomatologie Albionu Ed Bum. Jari
de Lugotini nr. 59

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

Coproprietar(i): ☐

3) Pretul de vânzare al cabinetului este: 220.000 lei

4) Adresa postală pentru corespondență este:

PIATRA NEAMU, STR. 1 DECEMBRIE 1918, NR 2, Bloc B19, Scara A, parter

5) Adresa de e-mail: bocico.lavinia@yahoo.com

6) Numărul de telefon: 0741437029 / 0747982646

Solicit eliberarea adeverinței necesare vânzării/cesionării/donației praxisului.

Data:

29.07.2015

Semnătura:

1) * Se va preciza specialitatea

2) * Se va preciza forma cabinetului medical