



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:8578/07.08.2025

Cerere vânzare/cesionare/donație Praxis

Doamnă Președinte a Colegiului Medicilor din România

Subsemnatul (a) (nume, prenume), **Dr. Cristian – Anton VINTILESCU**, având CNP [redacted] titula ☐ reprezentant legal ☒ urmaș al cabinetului 1)* ☐ **medicină de familie** din cadrul unității medicale Centrul Medical MEDIURG, organizată sub forma:

CMI ☐

SRL ☒

ALTE FORME 2)* ☐

situat în Comuna Păcureți, sat Păcureți nr. 94, jud. Prahova

cu sediul în: 3)*.

Comuna Păulești, sat Păuleștii Noi, str. Independenței nr. 9, jud. Prahova

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:50.000 Euro.....

- 4) Adresa poștală pentru corespondența este:

Comuna Păulești, sat Păuleștii Noi, str. Independenței nr. 9, jud. Prahova

- 5) Adresa de e-mail: office@mediurg.ro

- 6) Numărul de telefon: 0754078995

Solicit eliberarea adeverinței necesare vânzării/~~cesionării~~/donăției praxisului.

Data:

07.08.2025

Semnătura:

VINTILESC
U
CRISTIAN-
ANTON

Semnat digital
de VINTILESCU
CRISTIAN-

ANTON

Data: 2025.08.07
10:38:31 +03'00'

1) * Se va preciza specialitatea

2) * Se va preciza forma cabinetului medical

3) * Adresa completă