



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) URSULEANU I. MARCELA având
 CNP. [REDACTED] titular ☐ reprezentant legal ☒ urmaș ☐ al
 cabinetului ¹⁾ MEMBRU DE FAMILIE din cadrul unității
 medicale CM. DR. URSULEANU MARCELA organizată sub forma:

CMI ☒SRL ☐ALTE FORME ²⁾ ☐cu sediul în: ³⁾

BUCUREȘTI, SECTOR 3, Bd. N. GRIGORESCU NR. 41
CORP A OFICINĂ 40

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 19.06.2026

Vă aduc la cunoștință următoarele:

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

Coproprietar(i): ☒

DR. OLARU RODICA MIHAELA



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): ☐

VEN ANEXA

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

Coproprietar(i): ☒

BUCUREȘTI, SECTOR 3, Bd. N. GRIGORESCU NR 41
cab. 112

Proprietar vecin(i): ☐

BUCUREȘTI, SECTOR 3, Bd. N. GRIGORESCU NR 41
POLICLINICA TITAN

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

Coproprietar(i): ☒

DR. OLARU ROȘCA MIHAELA

Proprietar vecin(i): ☐

VEN ANEXA

- 3) Prețul de vânzare al cabinetului este:

30.000€ (SPATIU+TEREN)
100.000€ (PRAXIS)

- 4) Adresa poștală pentru corespondență este:

BUCUREȘTI, SECTOR 3, Bd. N. GRIGORESCU NR 41
Cabinet 40

- 5) Adresa de e-mail:

mihaela.olaru@ yahoo.com

- 6) Numărul de telefon:

0744 75 26 21

Solicit eliberarea adeverinței necesare vânzării/cesionării/donației praxisului.

Data:

21.11.2025

Semnătură

- 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.