



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) BUJOREANU VLAD având
 CNP. [redacted] ...titular ☐ reprezentant legal ☐ urmaș ☒ al
 cabinetului ¹⁾ *CMI SMILZOVICI ELISE MICHAELA din cadrul unității
 medicale....., organizată sub forma:

CMI ☒SRL ☐ALTE FORME ²⁾ ☐

.....
 cu sediul în: ³⁾ *

.....

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..... 15.12.2025.....

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; web: www.cmr.ro

Proprietar vecin(i): ☐

DR. BĂLAN LAURA GEORGIANA, DR. ALEXIU GRĂMĂȘI
MARIA LĂCRĂMIOARA, DR. MAFTEI CAMELIA

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

Coproprietar(i): ☐

.....

.....Propri

etar 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:

=10.000 EURO=

- 4) Adresa poștală pentru corespondență este:

.....

- 5) Adresa de e-mail: vlad.bujoreanu@gmail.com

- 6) Numărul de telefon: 0443 093677

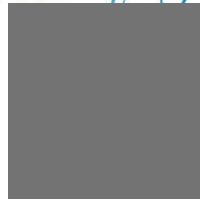
Solicit eliberarea adeverinței necesare vânzării/cesionării/donației praxisului.

Data:

15.12.2025

Semnătura:

Vlad Bujoreanu



- 1) * Se va preciza specialitatea

- 2) * Se va preciza forma cabinetului medical