

ANEXA

NOTIFICARE

Cerere vânzare/cesionare/donație praxis/spațiu medical

Doamnă Președinte a Colegiului Medicilor din România

Subsemnatul (a) (nume, prenume) MALANCEA MARIANA.....având
 CNP.....titular ☐ reprezentant leg ☒ urn ☐ al
 cabinetului 1)* CMR DR. MALANCEA MARIANA - Medicină de familie din cadrul
 unității medicale CMR DR. MALANCEA MARIANA....., organizată sub
 forma:

CMI ☒SRL ☐ALTE FORME 2)* ☐.....
 cu sediul în: 3)* Boteșani - Spitalul Medical Nr 3 - Str. Împărat Traian 42

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 1 aprilie 2026.....

Vă aduc la cunoștință următoarele:

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

Coproprietar(i): ☐

.....



Proprietar(i) vecin(i): ☐

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

Coproprietar(i): ☐

Proprietar(i) vecin(i): ☐

Numărul/numerele de telefon al/ale titularului/titularilor dreptului de preempțiune este/sunt:

Coproprietar(i): ☐

Proprietar(i) vecin(i): ☐

2) Prețul de vânzare al spațiului medical/praxisului este:

3) Adresa poștală pentru corespondență

este: *Str. Împărat Traian 42 Botoșani, Dispensarul Medical nr. 3.*

4) Adresa de e-mail: *med.fau-wo.lavua@yahoo.com*

5) Numărul de telefon: *0231/511322*

Solicit eliberarea adeverinței necesare înstrăinării praxisului/spațiului și transmiterea prin:

E-mail 5)* ☒

Poșta română ☐

Curier ☐

Ridicare personală sub semnătură de către titularul cererii ☐

Data: *27.01.2020*

Semnătura:

1) * Se va preciza specialitatea

2) * Se va preciza forma cabinetului medical

3) * Se va preciza adresa completă