



## 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](mailto:office@cmr.ro); web: [www.cmr.ro](http://www.cmr.ro)

ANEXA

### NOTIFICARE

#### Cerere vânzare/cesionare/donație praxis/spațiu medical

Doamnă Președinte a Colegiului Medicilor din România

Subsemnatul (a) (nume, prenume) TILICEA ARDELEANU .....având  
CNP. [REDACTED] titular ☒ reprezentant legal ☐ urmas ☐ al cabinetului  
1) \* CMI DR TILICEA ARDELEANU DORIN GABRIEL .....din cadrul unității  
medicale....., organizată sub forma:

CMI ☒SRL ☐ALTE FORME 2) \* ☐

.....  
cu sediul în: 3) \*

BUCUREȘTI, SECTOR 4, ȘOS. BERCENI NR 8

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 ☐

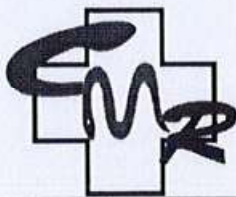
începând cu data de. 15.02.2026

Vă aduc la cunoștință următoarele:

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

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(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 corespondența este:

.....  
4) Adresa de e-mail: Sh. Popa Seane m 31  
donin.filicea@gmail.com

5) Numărul de telefon: 0722547009

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: 21.01.2026

Semnătura:

1) \* Se va preciza specialitatea

2) \* Se va preciza forma cabinetului medical

3) \* Se va preciza adresa completă

4) \* Dreptul de preempțiune la înstrăinarea imobilelor revine doar coproprietarilor, dacă este cazul, și apoi proprietarilor vecini.

5) \* Se va specifica adresa de e-mail