



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

ANEXA

NOTIFICARE

Cerere vânzare/cesionare/donație praxis/spațiu medical

Doamnă Președinte a Colegiului Medicilor din România

Subsemnatul (a) (nume, prenume) POHOATA ALINA - MAIUA.....având
 CNP [REDACTED].....titular ☐ reprezentant legal ☐ urmas ☒ al cabinetului
 1) * CMI... COSTEA I. MARIA - MF.....din cadrul unității
 medicale COMPLEX... CABINETE... MEDICALE, organizată sub forma:
 CMI ☒ PIATA MICA SUCEAVA SRL ☐ ALTE FORME 2) * ☐

cu sediul în: 3) *

AL. SAURIN NR 4 ETAJ 1 SUCEAVA.....

în conformitate cu:

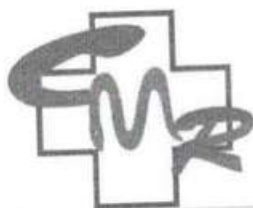
OUG 68/2008 ☒OMS 1322/2006 ☒vă notific intenția de: vânzare ☒ cesionare ☐ donație ☐a spațiului medical dobândit conf. OUG.68/2008 ☒a terenului dobândit conf. OUG.68/2008 ☒a praxisului conf. Ord. 1322/2006 ☐începând cu data de... 01.02.2026.....

Vă aduc la cunoștință următoarele:

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

Coproprietar(i): ☐

POHOATA ALINA - MAIUA / SUIU LAURA.....



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): ☐

..... CONFORM LISTEI ANEXATE

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

Coproprietar(i): ☐

..... CONFORM LISTEI ANEXATE

Proprietar(i) vecin(i): ☐

..... CONFORM LISTEI ANEXATE

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

Coproprietar(i): ☐

..... CONFORM LISTEI ANEXATE

Proprietar(i) vecin(i): ☐

.....

2) Prețul de vânzare al spațiului medical/praxisului este: 35000 E

3) Adresa poștală pentru corespondență este:

4) Adresa de e-mail: alinademult@yahoo.com

5) Numărul de telefon:

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: 27.01.26

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