



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

Subsemnata ȘTEFĂNESCU DANIELA având CNP [REDACTED] titular al cabinetului de **MEDICINĂ DE FAMILIE** din cadrul unității medicale CMI DR ȘTEFĂNESCU DANIELA, organizată sub forma CMI cu sediul în: **judet ILFOV, Chitila, str 1 Mai nr 6.**

în conformitate cu **OMS 1322/2006**

vă notific intenția de **DONAȚIE** a praxisului CMI Dr ȘTEFĂNESCU DANIELA, începând cu data de 28 Februarie 2026.

Vă aduc la cunoștință următoarele: **Nu se aplica OG68/2008**

- 1) Prețul de vânzare al praxisului este: **CONTRACT DE DONATIE**
- 2) Adresa poștală pentru corespondența este: **judetul Ilfov, Chitila, str 1 Mai nr. 6**
- 3) Adresa de e-mail: **daniela_stefanescu06@yahoo.com**
- 4) Numărul de telefon: **0722317412**

Solicit eliberarea adeverinței necesare înstrăinării praxisului și transmiterea prin:

Preferential E-mail ☒ sau

Ridicare personală sub semnătură de către titularul cererii ☒

Data: 30.01.2026

Semnătură:

**DANIELA
STEFANESCU
CU**

Digitally signed
by DANIELA
STEFANESCU
Date: 2026.01.30
19:25:14 +02'00'