



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

NOTIFICARE

Cerere vânzare/cesionare/donație praxis/spațiu medical

Doamnă Președinte a Colegiului Medicilor din România

Subsemnatul (a) (nume, prenume).....DUMEA GABRIELA..... având
CNP ..[REDACTED]....., titular ☒ reprezentant legal ☒ urmaș ☐ al
cabinetului 1).....de medicină de familie din cadrul unității
medicaleCMI DR. DUMEA GABRIELA....., organizată sub forma:

CMI ☒ SRL ☐ ALTE FORME 2) ☐

.....
cu sediul în 3) :

.....BRAȘOV, b-dul Saturn, nr. 39, sc. E, apt. 6.....

în conformitate cu:

OUG 68/2008 ☐

OMS 1322/2006 ☒

vă notific intenția de vânzare ☒ cesionare ☐ donație ☐

a spațiului medical dobândit conform OUG nr. 68/2008 ☐

a terenului dobândit conform OUG nr. 68/2008 ☐

a praxisului conform OMS nr. 1322/2006 ☒

începând cu data de30.03.2026.....

Vă aduc la cunoștință următoarele:

Titularul/titularii dreptului de preemțiune conform *art. 28 aliniat 2* din OUG 68/2008
este/sunt 4) :

Coproprietar(i) ☐

Proprietar(i) vecin(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

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

Coproprietar(i):

Vecin(i) proprietar(i):

..... Primăria Brașov, Bulevardul Eroilor 8, 500007 Brașov.....

2) Numărul/numerele de telefon al/ale titularului/titularilor dreptului de preemțiune este/sunt:

Coproprietar(i):

Vecin(i) proprietar(i):

.....Primăria Brașov, 0268405000.....

3) Prețul de vânzare al spațiului medical/praxisului este

.....confidențial.....

4) Adresa poștală de corespondență este:

.....

5) Adresa de e-mail: gabidumea@yahoo.com.....

6) Numărul de telefon:.....0723311674.....

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

E-mail ☒ 5)* gabidumea@yahoo.com.....

Poșta română ☒

Curier

Ridicare personală sub semnătură de către titularul cererii

Data

5 II 2026

1)* Se va preciza specialitatea

2)* Se va preciza forma de organizare a cabinetului medical

3)* Se va preciza adresa completă

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

5)* Se va specifica adresa de email

DUMEA
GABRIELA

Digitally signed by
DUMEA GABRIELA
Date: 2026.02.09
11:38:24 +02'00'