



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) BOROS CAUN GELU.....având
CNP. [redacted] ☒ reprezentant leg ☐ urn ☐ al
cabinetului 1) CABINET MEDICAL MEDICINA DE.....din cadrul
unității medicale FAMILIE BOROS CAUN GELU....., organizată sub
forma:

CMI ☒

SRL ☐

ALTE FORME 2)* ☐

cu sediul în: 3)*

loc. CIZER com. CIZER nr. 299 jud. GALAJ

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 ☒

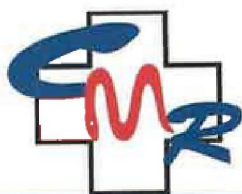
a praxisului conf. Ord. 1322/2006 ☐

începând cu data de 01.03.2026.....

Vă aduc la cunoștință următoarele:

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

Coproprietar(i): ☐ —



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: 250.000 EUR

3) Adresa postală pentru corespondența este:

SAT CIZER COM. CIZER NR. 299 JUD. SAZAJ

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

5) Numărul de telefon: 0754 644 167

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: 23.02.2026

Semnătura:

1) * Se va preciza specialitatea

2) * Se va preciza forma cabinetului medical

3) * Se va preciza adresa completă

