



ANEXA

NOTIFICARE

Cerere vânzare/cesionare/donație praxis/spațiu medical

Doamnă Președinte a Colegiului Medicilor din România

Subsemnatul (a) (nume, prenume) DR. BOCANICUȘ MARIUS SILVIU având
CNP. [REDACTED] titular ☒ reprezentant legal ☐ urmaș ☐ al cabinetului
1) * CMI DR. BOCANICUȘ MARIUS din cadrul unității
medicale....., organizată sub forma:

CMI ☒SRL ☐ALTE FORME 2) * ☐

cu sediul în: 3) *

Județul BIHOR, com. BIHARȘA ȘI TRANDAFIRILOR n. 65

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... 01.04.2026

Vă aduc la cunoștință următoarele:

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

Proprietar(i) vecin(i): ☒

1) Adresa de corespondență a titularului/titularilor dreptului de preempțiune este/sunt:
Coproprietar(i): ☐

Proprietar(i) vecin(i): ☒

DR. DOBROȘT. BERNADETTE IREN

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 corespondență este:

ORADEA, str. MENDELESCU nr 20 bl. 178 et 8 ap. 22

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

5) Numărul de telefon: 0744.636.533

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: 12.03.2026

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