

ANEXA

NOTIFICARE

Cerere vânzare/cesionare/donație praxis/spațiu medical

Doamnă Președinte a Colegiului Medicilor din România

Subsemnatul (a) (nume, prenume) NUMITRESCU ANCA.....având
CNP: [redacted] titular ☒ reprezentant legal ☐ urmaș ☐ al cabinetului

1)* Med. St. C. J. P. E. R. 16.3.15 din cadrul unității
medicale C. M. I. A. R. S. I. P. T. E. S. C. E. L. A. N. C. A., organizată sub forma:

CMI ☒

SRL ☐

ALTE FORME 2)* ☐

.....
cu sediul în: 3)*

CERNAVODA STR. UNIREI 9 BL. M6A Ap. 21 Județul Iași

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 1 APRILIE 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): ☐

.....NU.....

Proprietar(i) vecin(i): ☐

nu

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

Coproprietar(i): ☐

nu

Proprietar(i) vecin(i): ☐

nu

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

Coproprietar(i): ☐

nu

Proprietar(i) vecin(i): ☐

nu

2) Prețul de vânzare al spațiului medical/praxisului este: *2500 LEI*

3) Adresa poștală pentru corespondența este:

4) Adresa de e-mail:

medlamitulescu@yahoo.com

5) Numărul de telefon:

0745024401

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: *16 III 2016*

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