

Nr. înreg. CMR: 2592/02.03.2026

ANEXA

NOTIFICARE

Cerere vânzare/cesionare/donație praxis/spațiu medical

Doamnă Președinte a Colegiului Medicilor din România

Subsemnatul (a) (nume, prenume) Dr. OPAT MARIA având
CNP. [redacted] titular ☒, reprezentant leg. ☐ urn ☐ al
cabinetului ¹⁾ CMI PEDIATRIE Dr. OPAT MARIA din cadrul
unității medicale CMI PEDIATRIE Dr. OPAT MARIA organizată sub
forma:

CMI ☒

SRL ☐

ALTE FORME ²⁾ ☐

cu sediul în: ³⁾

Jud. Suceava, OR. GURA HUMORU Im', Bd. BACOVINA 35

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 27.02.2026

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): ☐ HAZMAGI ANA SIMINA

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

Coproprietar(i): ☐Proprietar(i) vecin(i): ☐

cod 500132

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: 20.000 EURO

3) Adresa poștală pentru corespondență este: OPĂȘI MARIȘA
str. 22 Decembrie 161, Suceava; Jud. Suceava

4) Adresa de e-mail:

5) Numărul de telefon: 0740 22 53 69

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

E-mail s)* ☐Poșta română ☐Curier ☒Ridicare personală sub semnătură de către titularul cererii ☐

Data:

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