COLEGIUL MEDICILOR din ROMÂNIA
Str. Pictor Alexandru Romano nr. 14, sector 2, Cod Poștal 023965, București, 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

Nr. înreg. CMR: 4196/07.04.2026

ANEXA

NOTIFICARE

Cerere vânzare/cesionare/donațiepraxis/spațiu medical

Doamnă Președinte a Colegiului Medicilor din România

Subsemnatul(a) DR. DASCHEVICI DAN CNP [redacted] hume, prenume)..... ☐ .....avân☐NP..... ☐ ....titularreprezentant legalurmașal cabinetului 1)*.....CMI. DASCHEVICI DAN.....dincadrul unității medicale.....MEDIC DE FAMILIE....., organizată sub forma:

CMI ☒ SRL ☐ ALTE FORME2)* ☐

.....

cusediul în: 3)*..JUD. IAȘI ,.OR. PODU ILOAIEI ,....STR. PETRU RARES. Nr 3

în conformitate cu:

☐

OUG 68/2008OMS ☐ ***2/2006***

☐

vă notific intenția de:vânzare ☒ cesio☐ dona☐

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.....1.06..2026.....

Vă aduc la cunoștință următoarele:

Titularul/titularii dreptului de preempțiune ***conf. Art.28 alin.2*** din ***OUG 68/2008***este/sunt4)*:

Coproprietar(i): ☐

COLEGIUL MEDICILOR din ROMÂNIA

Str. Pictor Alexandru Romano nr. 14, sector 2, Cod Poștal 023965, București, 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/aletitularului/titularilor dreptului de preempțiune este/sunt:

Coproprietar(i): ☐

.....

Proprietar(i) vecin(i): ☐

.....

2) Prețul de vânzare al spațiului medical/praxisului este: NEGOCIABIL

3) Adresa poștală pentru corespondența este: POȘ. ILOAIA, STR. PETRU RARES BL 3 (10) pa Fer jud. Iași

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

5) Numărul de telefon: 0740035918

Solicit eliberarea adeverinței necesare înstrăinării praxisului/spațiuluișI transmiterea prin:

E-mail 5)* ☒

Poșta română ☐

Curier ☐

Ridicare personală sub semnătură de către titularul cererii ☐

Data: 3.04.2026

1) *Se va preciza specialitatea

2) *Se va preciza forma cabinetului medical

3) * Se va preciza adresa completă