

COLEGIUL MEDICILOR DIN JUDEȚUL MUREȘ

INTRARE Nr. 3506

din 18 (ziua) 06 (luna) 2026 (anul)

ANEXA

NOTIFICARE**Cerere vânzare/cesionare/donație praxis/spațiu medical****Doamnă Președinte a Colegiului Medicilor din România**

Subsemnatul (a) (nume, prenume) SIMION DAN DUMITRUavând
CNP.titular reprezentant legal urmaș al cabinetului
1)* MEDICINĂ DE FAMILIEdin cadrul unității
medicale C.M.I. SIMION DAN DUMITRU, organizată sub forma:

CMI SRL ALTE FORME 2)*
cu sediul în: 3)*JUDEȚUL MUREȘ, LOC IERNUT, STR. AVRAM IANCU NR. 2 A

în conformitate cu:

OUG 68/2008 OMS 1322/2006 vă notific intenția de: vânzare cesionare donație a spațiului medical dobândit conf. OUG.68/2008 ului dobândit conf. OUG.68/2008 a praxisului conf. Ord. 1322/2006

începând cu data de.....

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):

.....
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 corespondența este:

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

5) Numărul de telefon: *0744504518*

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: *18 06 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