

Nr. înreg. CMR: 5337/07.05.2026

ANEXA

NOTIFICARE

Cerere vânzare/cesionare/donație praxis/spațiu medical

Doamnă Președinte a Colegiului Medicilor din România

Subsemnatul (a) (nume prenume) COMĂNICI FLORINA - CRISTINA având
CNP. [redacted] titular reprezentant legal urmaș al cabinetului
1)* MEDICINA DE FAMILIE din cadrul unității
medicale C.M.I. Dr. COMĂNICI FLORINA - CRISTINA organizată sub forma:
CMI SRL ALTE FORME 2)*

.....
cu sediul în: 3)* STR. APUSULUI, Nr. 63 Sect. 6 BUCUREȘTI

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 01.06.2026

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):

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: 1500 EURO

3) Adresa poștală pentru corespondența este:

4) Adresa de e-mail: dr.comaniei@hotmail.com

5) Numărul de telefon: 074.5.047.283

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: 07.05.2026

- 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