

Nr. înreg. CMR: 6545/03.06.2026

COLEGIUL MEDICILOR BRAȘOV
Secretariat
C.F. 9770925
P-ța Sfatului 27

1286/29.05.2026
ANEXA

02.06.2026

NOTIFICARE

Cerere vânzare/cesionare/donație praxis/spațiu medical

Doamnă Președinte a Colegiului Medicilor din România

Subsemnatul (a) (nume, prenume) DANILIU SEVASTIAN PALIU
având CNP. [REDACTAT] ..titular / reprezentant legal / urmaș, al cabinetului
1)* DE MEDICINA DE FAMILIEdin cadrul unității medicale
C.M.M.F. DR. DANILIU SEVASTIAN PALIU, organizată sub forma:

CMI

SRL

ALTE FORME 2)*

cu sediul în: 3)*

JUL. BRAȘOV MUN. SĂCELE STR. EPIȘCOP POPEȘA NR. 18-20

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.....

Vă aduc la cunoștință următoarele:

Titularul/titularii dreptului de preempțiune *conf. Art.28 alin.2* din *OUG 68/2008*
este/sunt 4)*: -NU EXISTĂ

Coproprietar(i): -NU EXISTĂ

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: 20 000 €

3) Adresa poștală pentru corespondența este:

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

5) Numărul de telefon: 0745125778

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: 29.05.2026

.....
Semnătură: 

1) * Se va preciza specialitatea