

COLEGIUL MEDICILOR  
BIHOR  
Nr. 530  
Data 12.05.2026

Nr. înreg. CMR: 5565/13.05.2026

**CMR** COLEGIUL  
MEDICILOR  
din ROMÂNIA

Str. Pictor Alexandru Romano nr. 14,  
sector 2, Cod Postal 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

ANEXA

NOTIFICARE

Cerere vânzare/cesionare/donație praxis/spațiu medical

Doamnă Președinte a Colegiului Medicilor din România

Subsemnatul (a) (nume, prenume) HERCUST, DIANA SORINA având  
CNP [redacted] titular  reprezentant legal  urmaș  al cabinetului  
1) \* MEDICAL, MEDICINA DE FAMILIE din cadrul unității  
medicale HERDIA MED SRL, organizată sub forma:  
CMI  SRL  ALTE FORME 2) \*

cu sediul în: 3) \*  
on A.E.S.D., cart. Soimul, bl. B3, ap. 15 în Funcțiile de lucru.  
1. Hotar 6h A  
2. Tetrea 82 A în conformitate cu:

OGU 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

- a Funcțiilor de lucru Hotar 6h A  
începând cu data de 01.04.2026

Vă aduc la cunoștință următoarele:

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

Coproprietar(i):



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/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: ..... *diana.sorima.heniet@gmail.com*

5) Numărul de telefon: ..... *0773/703.49.0*

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: *12.05.2026*

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