

Nr. înreg. CMR: 6268/28.05.2026

ANEXA

NOTIFICARE

Cerere vânzare/cesionare/donație praxis/spațiu medical

Doamnă Președinte a Colegiului Medicilor din România

Subsemnatul (a) (nume, prenume) PURCARĂȘESU AURELIA.....având
CNP. [redacted] titular reprezentant leg urn al
cabinetului ¹⁾ MEDICINA DE FAMILIE.....din cadrul
unității medicale PURCARĂȘESU AURELIA SRL....., organizată sub
forma:

CMI

SRL

ALTE FORME ²⁾

cu sediul în: ³⁾ TURNU MAĞURELE STR. CAPITAN STANCULESCU
NR. 21 JUD. TELEORMANA (POLICLINICA TR. MAĞURELE)

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..... 1-08-2026.....

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):

0722 554941

Proprietar(i) vecin(i):

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

3) Adresa poștală pentru corespondența este:

4) Adresa de e-mail: *draurelia.purcãrescu@gmail.com*

5) Numărul de telefon: *0722 554941*

Solicit eliberarea adeverinței necesare înstrăinării praxisului/spațiului și transmiterea prin:

E-mail 5)* *draurelia.purcãrescu@gmail.com*

Poșta română

Curier

Ridicare personală sub semnătură de către titularul cererii

Data: *27-05-2026*

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