



Nr. înreg. CMR: 7998/08.07.2026

ANEXA

NOTIFICARE

Cerere vânzare/cesionare/donație praxis/spațiu medical-

Doamnă Președinte a Colegiului Medicilor din România

Subsemnatul (a) (nume, prenume) CERCEL I. FLOAREA având
CNP [redacted] titular reprezentant legal urmaș al
cabinetului 1)* C.M.I. DR. CERCEL FLOAREA din cadrul
unității medicale CABINET MEDICINA DE FAMILIE organizată sub
forma: DR. CERCEL FLOAREA

CMI

SRL

ALTE FORME 2)*

cu sediul în: 3)*

ORAȘ BECHET, JUDEȚ DOLJ, STR. ALEXANDRU IOAN CUZA,
NR. 35

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 01.09.2026

Vă aduc la cunoștință următoarele:

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

Coproprietar(i):

NEAPLICABIL

Proprietar(i) vecin(i):

NEAPLICABIL

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:

ORAS BECHET, JUDE DOLJ, STR. ROZELOR, NR. 13;

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

5) Numărul de telefon: *0747232761*

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: *07.07.2026*

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