

Nr. înreg. CMR: 8753/P/29.07.2026

ANEXA

NOTIFICARE

Cerere vânzare/cesionare/donație praxis/spațiu medical

Doamnă Președinte a Colegiului Medicilor din România

Subsemnatul (a) (nume, prenume) ALEXE GHERGU'INA.....având
CNP. [REDACTED].....titular ☒ reprezentant legal ☐ urmaș ☐ al cabinetului
1) * de MEDICINA DE FAMILIE.....din cadrul unității
medicale C.M. DR. ALEXE SRL....., organizată sub forma:
CMI ☐ SRL ☒ ALTE FORME 2) * ☐

cu sediul în: 3) *
com. BĂRHALEȘTI, str. DISPENSARULUI, nr 19, DAMBOVILA

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): ☐

1) Adresa de corespondență a titularului/titularilor dreptului de preempțiune este/sunt:
Coproprietar(i): ☐

Proprietar(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: 10.000€ - spațiu
3) Adresa poștală pentru corespondență este:
4) Adresa de e-mail: lx - gimi @ yahoo . com
5) Numărul de telefon: 0436 432 308

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: 29.04.2026

- 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