

NOTIFICARE

Cerere vânzare/cesionare/donație praxis/spațiu medical

Doamnă Președinte a Colegiului Medicilor din România

Subsemnatul (a) (nume, prenume) CÂMPEANU EMILavând
CNP. [REDACTED]titular ☒ reprezentant leg ☐ urn ☐ al
cabinetului 1)* MEDICINĂ DE FAMILIEdin cadrul
unității medicale C.M.I. CÂMPEANUorganizată sub
forma:

CMI ☒SRL ☐ALTE FORME 2)* ☐

cu sediul în: 3)

* PETROSANI, Str. AVIATORILOR 60A/1

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. SEPTEMBRIE 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): ☐

Proprietar(i) vecin(i): ☐

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

3) Adresa poștală pentru corespondență
este: PETROȘANI, STR. AVIATORILOR 60A/1

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

5) Numărul de telefon: 0723.316825

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

E-mail s) * ☒ CHI.CAMPEANU@yahoo.com

Poșta română ☐

Curier ☐

Ridicare personală sub semnătură de către titularul cererii ☐

Data: 20.07.2026

- 1) * Se va preciza specialitatea
- 2) * Se va preciza forma cabinetului medical
- 3) * Se va preciza adresa completă