



Nr. înreg. CMR: 8467/20.07.2026

ANEXA

NOTIFICARE

Cerere vânzare/cesionare/donație praxis/spațiu medical

Doamnă Președinte a Colegiului Medicilor din România

Subsemnatul (a) (nume, prenume) Căprariu Aurora Daniela.....având
CNP.titular ☐ reprezentant legal ☒ urmaș ☐ al
cabinetului 1)* C.M.I. Dr. Căprariu Aurora-Daniela.....din cadrul
unității medicale....., organizată sub
forma:

CMI ☒

SRL ☐

ALTE FORME 2)* ☐

.....
cu sediul în: 3)*

Craiova - ALE. ARH. DULIU MARECU nr. 16A

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 01.02.2027

Vă aduc la cunoștință următoarele:

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

Coproprietar(i): ☐

Heqpl-casul

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 corespondență este:

Craiova, Ale. Arh. Dimitrie Morcu Nr. 16A

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

5) Numărul de telefon: *0723681805*

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: *17.07.2026*

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