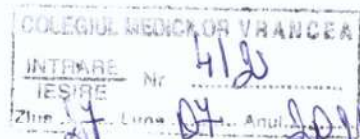


Nr. înreg. CMR: 8969/P/31.07.2026



NOTIFICARE

Cerere vânzare/cesionare/donație praxis/spațiu medical

Doamnă Președinte a Colegiului Medicilor din România

Subsemnatul (a) (nume, prenume) GHEȚE MIHAELA FLORENTINA având
CNP- [redacted] ..titular ☒ reprezentant legal ☐ urmaș ☐ al cabinetului
1)* Medicină de familie ..din cadrul unității
medicale C.M.I. Dr. Ghețe Mihaela Florentina .., organizată sub forma:

CMI ☒

SRL ☐

ALTE FORME 2)* ☐

.....
cu sediul în: 3)*

Focșani, Str. Simion Bărnuțiu nr. 11, jud. Vrancea

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..... 01.07.2026

Vă aduc la cunoștință următoarele:

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

Coproprietar(i): ☐

.....

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

Numărul/numerele de telefon al/ale titularului/titularilor dreptului de preempțiune este/sunt:
Coproprietar(i): ☐

2) Prețul de vânzare al spațiului medical/praxisului este: 35.000 Euro

4) Adresa de e-mail: ghetemihaela@yahoo.com
5) Numărul de telefon: 0722 394 285

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: 27.07.2026

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