

Nr. înreg. CMR: 8255/15.07.2026

ANEXA

NOTIFICARE

Cerere vânzare/cesionare/donație praxis/spațiu medical

Doamnă Președinte a Colegiului Medicilor din România

Subsemnatul (a) (nume, prenume) RUHU VIRODANA LUCIA.....având
CNP.titular ☒ reprezentant legal ☐ urmaș ☐ al cabinetului
1)* CMI RUHU VIRODANA LUCIA - MED. FAM. din cadrul unității
medicale....., organizată sub forma:

CMI ☒

SRL ☐

ALTE FORME 2)* ☐

cu sediul în: 3) *

COM. LUCIFER, STR. VIRODANCI NR. 26, JUDE. MBI

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 01.10.2026

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:

3) Adresa poștală pentru corespondența este:

STR. VICTORIEI NR. 26, COD BUCUREȘTI, JUDE. IL. 1181

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

5) Numărul de telefon: 0745.596691

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: 15.07.2026

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