

Nr. înreg. CMR: 8753/S/29.07.2026

**ANEXA**

**NOTIFICARE**

**Cerere vânzare/cesionare/donație praxis/spațiu medical**

**Doamnă Președinte a Colegiului Medicilor din România**

Subsemnatul (a) (nume, prenume) ALEXE GHERGUINA.....având  
CNP. ....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): ☐ [redacted]

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

Proprietar(i): ☐ [redacted]

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: 0736 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

Se [redacted]

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