

Nr. înreg. CMR: 9145/04.08.2026

ANEXA

NOTIFICARE

Cerere vânzare/cesionare/donație praxis/spațiu medical

Doamnă Președinte a Colegiului Medicilor din România

Subsemnatul (a) (nume, prenume) BARICZ ARPAD.....având
CNP. titular ☒ reprezentant leg ☐ urn ☐ al
cabinetului ¹⁾ * CMI DT BARICZ ARPAD.....din cadrul
unității medicale....., organizată sub
forma:

CMI ☒

SRL ☐

ALTE FORME ²⁾ * ☐

.....
cu sediul în: ³⁾ *

SĂHMIMANU DE CAPILE 51, PRINCIPALA 53 BISTRITA - MŢSALU

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.....

Vă aduc la cunoștință următoarele:

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

Coproprietar(i): ☐

NEAPLICABIL

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:

SĂRMINDU DE CAUPEȘ str. MICHAILA 53, JUDEȚA BISTRIȚA - NISĂUD

4) Adresa de e-mail: *atpad_bistrita@gmail.com*

5) Numărul de telefon: *0746 618 346*

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

E-mail ☒ *

Poșta română ☐

Curier ☐

Ridicare personală sub semnătură de către titularul cererii ☐

Data: *27.04.2026*

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.