

Nr.înreg. CMR: 11520/05.10.2026

ANEXA

NOTIFICARE

Cerere vânzare/cesionare/donație praxis/spațiu medical

Doamnă Președinte a Colegiului Medicilor din România

Subsemnatul (a) (nume, prenume) STEFANESCU RADU-SABIN, având CNP [REDACTED] titular ☒ reprezentant legal ☐ urmaș ☐ al cabinetului 1)*de MEDICINA DE FAMILIE din cadrul unității medicale PRO SANO – DR.STEFANESCU RADU, organizată sub forma:

CMI ☒

SRL ☐

ALTE FORME 2)* ☐

.....
....

cu sediul în: 3) * OR.GATAIA, STR.REPUBLICII, NR.78, JUD.TIMIS

în conformitate cu:

UG 68/2008 ☐

OMS 1322/2006 ☒

vă notific intenția de: vânzare ☐ cesionare ☒ donație ☐

a spațiului medical dobândit conf. UG.68/2008 ☐

a terenului dobândit conf. UG.68/2008 ☐

a praxisului conf. Ord. 1322/2006 ☒

începând cu data de 01.01.2027

Vă aduc la cunoștință următoarele:

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

Coproprietar(i): ☐

.....
..

Proprietar(1) vecin(1): ☐

.....
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: GATAIA, STR.REPUBLICII, NR.78,
JUD.TIMIS

4) Adresa de e-mail: radusabin2003@yahoo.com

5) Numărul de telefon: 0723281042

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

E-mail 5)* ☒ *radusabin2003@yahoo.com*

Poșta română ☐

Curier ☐

Ridicare personală sub semnătură de către titularul cererii ☐

Data: 04.10.2026

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