COLEGIUL MEDICILOR din ROMÂNIA
Str. Pictor Alexandru Romano nr. 14, sector 2, Cod Poștal 023965, București, Cod Fiscal: 9708419
Tel: 021.413.88.00; 021.413.88.03; Fax: 021.413.77.50.
E-mail: office@cmr.ro | web: www.cmr.ro

Nr. înreg. CMR: 13987/P/16.11.2026

ANEXA

NOTIFICARE

Cerere vânzare/cesionare/donație praxis/spațiu medical

Doamnă Președinte a Colegiului Medicilor din România

Subsemnatul (a) (nume, prenume) ANDREI DIANA având CNP [redacted] .....titular ☐ prezentant legal ☒ urmaș ☐ al cabinetului 1)*.....MEDICINA DE FAMILIE din cadrul unității medicale..... CMI DR.ANDREI DIANA , organizată sub forma:

CMI ☒ SRL ☐ ALTE FORME 2)* ☐

CABINET MEDICAL INDIVIDUAL

cu sediul în: 3) * LOC.BAIA MARE,STR.PETRU MAIOR NR.5/1

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 ☒

CU CONTRACT DE DONATIE INCEPAND CU DATA DE 22.12.2026 .

Vă aduc la cunoștință următoarele:

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

Coproprietari ☒

[redacted]

COLEGIUL MEDICILOR din ROMÂNIA
Str. Pictor Alexandru Romano nr. 14, sector 2, Cod Poștal 023965, București, Cod Fiscal: 9708419
Tel: 021.413.88.00; 021.413.88.03; Fax: 021.413.77.50.
E-mail: office@cmr.ro | web: www.cmr.ro

Proprietar(i) vecin(i): [ ]

1) Adresa de corespondență a titularului/titularilor dreptului de preempțiune este/sunt:
Coproprietar(i): [X]
OC.BAIA MARE,STR.PETRU MAIOR NR.5/1
Proprietar(i) vecin(i): [ ]

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

Proprietar(i) vecin(i): [ ]

2) Prețul de vânzare al spațiului medical este: 43000 EURO/CONTRACT DE DONATIE A PRAXISULUI
3) Adresa poștală pentru corespondența este:LOC.
4) Adresa de e-mail:andrei_diana6@yahoo.com
5) Numărul de telefon:0723506526

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

E-mail *5)** [X]
Poșta română [ ]
Curier [ ]

Ridicare personală sub semnătură de către titularul cererii [ ]

Data: 16.11.2026 Semnătura:

1) * Se va preciza specialitatea
2) * Se va preciza forma cabinetului medical
3) * Se va preciza adresa completă

ANDREI DIANA
Digitally signed by ANDREI DIANA
Date: 2026.11.16 13:32:59 +02'00'

4) * Dreptul de preempţiune la înstrăinarea imobilelor revine doar coproprietarilor, dacă este cazul, şi apoi proprietarilor vecini.
5) * Se va specifica adresa de e-mail