COLEGIUL MEDICILOR din ROMÂNIA
Str. Victor Alexandru Romano nr. 14, sector 2, Cod Poștal 023965, București, Cod Fiscal: 5708419
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: 14155/18.11.2026

ANEXA

NOTIFICARE

Cerere vânzare/cesionare/donaţie praxis/spaţiu medical

Doamnă Preşedinte a Colegiului Medicilor din România

Subsemnatul (a) (nume, prenume) ....CHIRIȚĂ LIVIA-MARIA.....având CNP[redacted]..titular [X] reprezentant legal [ ] urmaș [ ] al cabinetului 1)*.....MEDICINA DE FAMILIE.....din cadrul unității medicale.CAB. MED. FAMILIE DR CHIRITA LIVIA MARIA TOPOLOVĂȚU-MARE organizată sub forma:

CMI [X] SRL [ ] ALTE FORME 2)* [ ]

.....

cu sediul în: 3)*

.....JUD. TIMIȘ COMUNA TOPOLOVĂȚU-MARE 169

în conformitate cu:

OUG 68/2008 [ ] ***OMS 1322/2006*** [X]

vă notific intenţia de: vânzare [ ] cesionare [ ] donaţie [X]

a spaţiului medical dobândit conf. OUG.68/2008 [ ]

a terenului dobândit conf. OUG.68/2008 [ ]

a praxisului conf. Ord. 1322/2006 [ ]

începând cu data de.....1.XII.2026.....

Vă aduc la cunoştinţă următoarele:

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

Coproprietar(i): [ ]

.....

COLEGIUL MEDICILOR din ROMÂNIA
Str. Victor Alexandru Romano nr. 14, sector 2, Cod Poștal 023965, București, Cod Fiscal: 5708419
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 corespondenţă a titularului/titularilor dreptului de preempţiune este/sunt:

Coproprietar(i): [ ]

.....

Proprietar(i) vecin(i): [ ]

.....

Numărul/numerele de telefon al/ale titularului/titularilor dreptului de preempţiune este/sunt:

Coproprietar(i): [ ]

.....

Proprietar(i) vecin(i): [ ]

.....

2) Preţul de vânzare al spaţiului medical/praxisului este: - Jud. Timiș

3) Adresa poştală pentru corespondenţa este:

.....TOPOLOVĂȚU MARE nr. 169.....

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

5) Numărul de telefon:.....0722 673-413

Solicit eliberarea adeverinţei necesare înstrăinării praxisului/spaţiului şi transmiterea prin:

E-mail 5)* [X]

Poşta română [ ]

Curier [ ]

Ridicare personală sub semnătură de către titularul cererii [ ]

Data: 18.XI.2026 Semnătura: [redacted]

1) * Se va preciza specialitatea

2) * Se va preciza forma cabinetului medical

3) * Se va preciza adresa completă

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

LIVIA-MARIA CHIRITA

Semnat digital de LIVIA-MARIA CHIRITA
Data: 2026.11.18 13:50:26 +02'00'