

Nr. înreg. CMR: 10664/P/14.09.2026

ANEXA

NOTIFICARE

Cerere vânzare/cesionare/donație praxis/spațiu medical

Doamnă Președinte a Colegiului Medicilor din România

Subsemnatul (a) (nume, prenume) BITA CRISTINA.....având
CNP., titular ☐ reprezentant legal ☒ urmas ☐ al cabinetului
1)* CMU DR. BITA CRISTINA.....din cadrul unității
medicale CENTRUL MEDICAL VITAN....., organizată sub forma:
CMI ☒ SRL ☐ ALTE FORME 2)* ☐

.....
cu sediul în: 3)*
BUCUREȘTI, CALA DUBESTI 104-122, etaj cab 261, CENTRUL
MEDICAL VITAN 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 31. IANUARIE 2027.....

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) vecin(i): ☐

VEZI ANEXA

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

Proprietar(i) vecin(i): ☐

VEZI ANEXA

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: 7000 PRAXIS

3) Adresa poștală pentru corespondența este: 40000 SPAȚIUL

4) Adresa de e-mail: lott2flux@gmail.com

5) Numărul de telefon: 0728.372.448

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: 14.09.2026

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