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: 14165/19.11.2026

ANEXA

NOTIFICARE

Cerere vânzare/cesionare/donație praxis/spațiu medical

Doamnă Președinte a Colegiului Medicilor din România

Subsemnatul(a) (nume, prenume)..IONESCU VIOLETA..având CNP.. titular reprezentant legal urmaș al cabinetului 1)*..MEDICINĂ DE FAMILIE..din cadrul unității medicale..CMI DR. BURDEA EUGENIA.., organizată sub forma:

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

.....

Cu sediul în:

3)*..IAȘI, STRADA VASILE LUPU NR. 34.....

în conformitate cu:

OUG 68/2008OMS 1322/2006 [ ]

vă notific intenția de: vânzare [X] cesionare [ ] donație [ ]

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

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

a praxisului conf. Ord. 1322/2006 [X]

începând cu data de..18.11.2026.....

Vă aduc la cunoștință următoarele:

Titularul/titularii dreptului de preempțiune ***conf. Art.28 alin.2*** din ***OUG 68/2008***este/sunt4)*:

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

Coproprietar(i):

.....

Proprietar(i)vecin(i): ☐

.....

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: 35.000 EURO

3) Adresa poștală pentru corespondența este: IAȘI, STR. VASILE LUPU NR. 34, COD POȘTAL 700309

.....

4) Adresa de e-mail: ionescu.violeta41@gmail.com

5) Numărul de telefon: 0757187231

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: 18.11.2026

1) *Se va preciza specialitatea

2) *Se va preciza forma cabinetului medical