

Nr. înreg. CMR: 10954/22.09.2026

ANEXA

NOTIFICARE

Cerere vânzare/cesionare/donație praxis/spațiu medical

Doamnă Președinte a Colegiului Medicilor din România

Subsemnatul (a) *În numele* (nume) **JORDAN VERONICA** având
CNP. **[redacted]** (titular ☒ reprezentant legal ☒ um ☐ a)
cabinetului nr. **CMI. AL. JORDAN VERONICA** din cadrul
unității medicale **CMI. AL. JORDAN VERONICA** organizată sub
forma:

CMI ☒

SRL ☐

ALTE FORME 2) ☐

cu sediul în: 3) *

COSTESTII NIN VALE DAMBOVITA

în conformitate cu:

OG 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 **22-09-2026**

Vă aduc la cunoștință următoarele:

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

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: Negociabil

3) Adresa poștală pentru corespondență este:

4) Adresa de e-mail: V103dau54@gmail.com

5) Numărul de telefon: 0723.34.89.90

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

E-mail x) ☒

Poșta română ☐

Curier ☐

Ridicare personală sub semnătură de către titularul cererii ☐

Data: 21.09.2026

Semnătura:

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