



ANEXA

NOTIFICARE

Cerere vânzare/cesionare/donație praxis/spațiu medical

Doamnă Președinte a Colegiului Medicilor din România

Subsemnatul (a) (nume, prenume) MIHU ADRIANA având
CNP... [redacted] titular ☒ reprezentant legal ☐ urmaș ☐ al cabinetului
1)* CMI DR. MIHU ADRIANA din cadrul unității
medicale....., organizată sub forma:

CMI ☒SRL ☐ALTE FORME 2)* ☐

cu sediul în: 3)* SIBIU - STR. VASILE AARON NR. 20

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 1.01.2027

Vă aduc la cunoștință următoarele:

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

Coproprietar(i): ☒ [redacted]

1) Adresa de corespondență a titularului/titularilor dreptului de preempțiune este/sunt:

Coproprie

Sibiu - Str. Vasile Aaron Nr. 20

Proprietar(i) vecin(i): ☐

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

Coproprietari: ☒

2) Prețul de vânzare al spațiului medical/praxisului este: 45.000 €

3) Adresa poștală pentru corespondența este:

SIBIU - STR. VASILE AARON NR 20

4) Adresa de e-mail: adimi21@yahoo.com

5) Numărul de telefon: 07.55.13.79.13

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:

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