

Nr. înreg. CMR: 10817/16.09.2026

ANEXA

NOTIFICARE

Cerere vânzare/cesionare/donație praxis/spațiu medical

Doamnă Președinte a Colegiului Medicilor din România

Subsemnatul (a) (nume, prenume) MITROAICA ROMEO VIFOR având
CNP [redacted] titular reprezentant legal urmas al cabinetului
1)* MEDICINA DE FAMILIE din cadrul unității
medicale CABINET MEDICAL INDIVIDUAL, organizată sub forma:

☒ CMI

☐ SRL

☐ ALTE FORME 2)*

CABINET MEDICAL INDIVIDUAL MITROAICA ROMEO VIFOR

cu sediul în: 3)*

BUCUREȘTI, ALEEA RÂUL SĂDULUI NR. 1, SECTOR 4

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 01.01.2027

Vă aduc la cunoștință următoarele:

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

Coproprietar(i):
—

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:
.....

4) Adresa de e-mail: *vifor.mitroagica@gmail.com*

5) Numărul de telefon: *0722796622*

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: *16.09.2026*

Semnătură

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