

ANEXA

NOTIFICARE

Cerere vânzare/cesionare/donație praxis/spațiu medical

Doamnă Președinte a Colegiului Medicilor din România

Subsemnatul (a) (nume, prenume) BACIU FLORENTINA.....având
CNP [redacted].....titular ☒ reprezentant legal ☐ urmaș ☐ al cabinetului
1)* MEDICINA DE FAMILIE.....din cadrul unității
medicale EMI BACIU FLORENTINA....., organizată sub forma:

CMI ☒

SRL ☐

ALTE FORME 2)* ☐

.....
cu sediul în: 3)*

STR. DEPTAȚII, Nr. 2, ETJ 2, POZ 19, SECTOR 6 BUCUREȘTI

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.....

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]

Proprietar(i) vecin(i): ☐

1) Adresa de corespondență

Coproprietar(i): ☐

STR. DREPTĂȚII, Nr. 2, Sector 6 BUCUREȘTI

Proprietar(i) vecin(i): ☐

STR. DREPTĂȚII, Nr. 2, Sector 6 BUCUREȘTI

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: 116.048 RON

3) Adresa poștală pentru corespondență este:

STR. DREPTĂȚII, Nr. 2, Sector 6 BUCUREȘTI

4) Adresa de e-mail: baciufloxy 123 @ gmail . com

5) Numărul de telefon: 0726841101

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

E-mail 5)* ☒ baciufloxy 123 @ gmail . com

Poșta română ☐

Curier ☐

Ridicare personală sub semnătură de către titularul cererii ☐

Data: 08.09.2026

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