

**ANEXA**

**NOTIFICARE**

**Cerere vânzare/cesionare/donație praxis/spațiu medical**

**Doamnă Președinte a Colegiului Medicilor din România**

Subsemnatul (a) (nume, prenume) .....având  
CNP.....titular ☐ reprezentant legal ☐ urmaș ☐ al cabinetului  
1) \* .....dîn cadrul unității  
medicale....., organizată sub forma:

CMI ☐

SRL ☐

ALTE FORME 2) \* ☐

.....  
cu sediul în: 3) \*

.....  
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): ☐

.....

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: .....

3) Adresa poștală pentru corespondența este:

.....  
4) Adresa de e-mail:.....

5) Numărul de telefon:.....

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:

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