



# Colegiul Medicilor din România

Str. Pictor Alexandru Romano nr. 14, sector 2, Cod Poștal 023965, București, RO  
 Cod Fiscal: 9708419; Tel: 021.413.88.00; 021.413.88.03; Fax: 021.413.77.50.  
 E-mail: [office@cmr.ro](mailto:office@cmr.ro); web: [www.cmr.ro](http://www.cmr.ro)

## Cerere vânzare/cesionare/donație Praxis

Domnule Președinte al Colegiului Medicilor din România

Subsemnatul (a) *dr. ALEXANDRU ELENA-FELICIA* (nume, prenume) ..... având  
 CNP. [REDACTED] ..... titular  reprezentant legal  urmaș  al  
 cabinetului <sup>1)</sup> *SC YANNI M CONSULTING SRL* ..... din cadrul unității  
 medicale *SC YANNI M CONSULTING SRL* ....., organizată sub forma:  
 CMI  SRL  ALTE FORME <sup>2)</sup>

cu sediul în: <sup>3)</sup> *IȘALNIȚA, STR GEORGE ENESCU NR 44, Boly'*

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 *24.11.2024* .....

Vă aduc la cunoștință următoarele:

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

Coproprietar(i):



# Colegiul Medicilor din România

Str. Pictor Alexandru Romano nr. 14, sector 2, Cod Poștal 023965, București, RO

Cod Fiscal: 9708419; Tel: 021.413.88.00; 021.413.88.03; Fax: 021.413.77.50.

E-mail: [office@cmr.ro](mailto:office@cmr.ro); web: [www.cmr.ro](http://www.cmr.ro)

Proprietar vecin(i):

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

Coproprietar(i):

Proprietar vecin(i):

2) Numărul de telefon a titularului/titularilor dreptului de preempțiune este/sunt:

Coproprietar(i):

Proprietar vecin(i):

3) Prețul de vânzare al cabinetului este:

..... *IN CURS DE NEGOCIERE* .....

4) Adresa poștală pentru corespondența este:


..... *CRAIOVA, SOUȚ  
STR. CALEA BUCUREȘTI NR. 42, BLOC P4, SC. 1, AP. 2* .....

5) Adresa de e-mail:..... *feliciana.mulescu@cmr.ro* .....

6) Numărul de telefon:..... *0721.273.873* .....

Solicit eliberarea adeverinței necesare vânzării/cesionării/donației praxisului.

Data: *28.10.2024*

Semnătură: 

1) \* Se va preciza specialitatea

2) \* Se va preciza forma cabinetului medical