



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; web: www.cmr.ro



Nr. înreg. CMR: 11319/P/10.2026

ANEXA

NOTIFICARE

Cerere vânzare/cesionare/donație praxis/spațiu medical

Doamnă Președinte a Colegiului Medicilor din România

Subsemnatul (a) (nume prenume) OPREA DOINA-EUGENIA.....având
CNP. [REDACTED] titular ☒ reprezentant legal ☐ urmas ☐ al cabinetului

1)* CM/ DR. OPREA DOINA-EUGENIA MEDICINA FAMILIALA cadrul unității
medicale CABINET MEDICAL INDIVIDUAL M.F......, organizată sub forma:

CMI ☒

SRL ☐

ALTE FORME 2)* ☐

cu sediul în: 3) *

SIBIU STR. GEORGHELEA NR 2

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]



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; web: www.cmr.ro

Proprietar(i) vecin(i): ☒ [REDACTED]

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

Coproprietar(i): ☒ SIMIU STR. SELARILOR NR. 2

Proprietar(i) vecin(i): ☒ SIMIU STR. SELARILOR NR. 2

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

Coproprietar(i): ☒ [REDACTED]

Proprietar(i) vecin(i): ☐ [REDACTED]

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

3) Adresa poștală pentru corespondență este:

SIMIU C.M. DR. OPREA ODINA STR. SELARILOR NR. 2.

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

5) Numărul de telefon: 0269/213 294; 0748 954 700

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

E-mail ☒

Poșta română ☐

Curier ☒

Ridicare personală sub semnătură de către titularul cererii ☐

Data: 9 10 2026

Semnătura:

Dr. Oprea Odina

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