

Nr. înreg. CMR: 12705/22.10.2026

ANEXA

NOTIFICARE

Cerere vânzare/cesionare/donație praxis/spațiu medical

Doamnă Președinte a Colegiului Medicilor din România

Subsemnatul (a) (nume, prenume) Cristina Adriana Leuci.....având
CNP.....titular ☒ reprezentant legal ☐ urmaș ☐ al cabinetului
1)* medicină de familie.....din cadrul unității
medicale....., organizată sub forma:

CMI ☐

SRL ☐

ALTE FORME 2)* ☒

persoană fizică autorizată (PFA)

cu sediul în: 3)*

Strada Izlăruului 18, 400655 Cluj-Napoca

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 20.10.2026

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: 100.000€

3) Adresa poștală pentru corespondența este:

4) Adresa de e-mail: paul.pancea18@gmail.com

5) Numărul de telefon: +49 176 70141749

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: 20.10.2026

Semnăt

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