COLEGIUL MEDICILOR din ROMÂNIA
Str. Pictor Alexandru Romano nr. 14, sector 2, Cod Poștal 023965, București, 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:12205/P/26.10.2026

ANEXA

NOTIFICARE

Cerere vânzare/cesionare/donație praxis/spațiu medical

Doamnă Președinte a Colegiului Medicilor din România

Subsemnatul (a) (nume, prenume) MUICĂ CLAUDIA-MARIA ..... având CNP. [redacted] titular [X] reprezentant legal [ ] urmaș [ ] al cabinetului 1)* MEDICINĂ DE FAMILIE ..... din cadrul unității medicale CMI DR. MUICĂ CLAUDIA-MARIA ....., organizată sub forma:

CMI [X] SRL [ ] ALTE FORME 2)* [ ]

.....

cu sediul în: 3)*
TÂRGU-MUREȘ, B-DUL 1848, NR. 44, JUD. MUREȘ .....

în conformitate cu:

OUG 68/2008 [X] ***OMS 1322/2006*** [X]

vă notific intenția de: vânzare [X] cesionare [ ] donație [ ]

a spațiului medical dobândit conf. OUG.68/2008 [X]

a terenului dobândit conf. OUG.68/2008 [ ]

a praxisului conf. Ord. 1322/2006 [X]

începând cu data de..... 01.12.2026 .....

Vă aduc la cunoștință următoarele:

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

Coproprietar(i): [X]

1. [redacted]

2.

COLEGIUL MEDICILOR din ROMÂNIA
Str. Pictor Alexandru Romano nr. 14, sector 2. Cod Poștal 023965, București, 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)~~: ☒

.....

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

Coproprietar(i): ☐

[redacted]

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

Coproprietar(i): ☐

[redacted]

2) Prețul de vânzare al spațiului medical/praxisului este: 46.000 € → 20.000 €

3) Adresa poștală pentru corespondența este: TARGU MURES, B-dul 1848, nr. 44, Jud. Mureș

4) Adresa de e-mail: claudia.muica@yahoo.com

5) Numărul de telefon: 0745383793

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

E-mail 5)* ☒ claudia.muica@yahoo.com

Poșta română ☐

Curier ☐

Ridicare personală sub semnătură de către titularul cererii ☐

Data: 26.X.2026

[redacted]

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 revi[redacted] cazul, și apoi proprietarilor vecini.

5) * Se va specifica adresa de e-mail