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: 13552/09.11.2026

ANEXA

NOTIFICARE

Cerere vânzare/cesionare/donație praxis/spațiu medical

Doamnă Președinte a Colegiului Medicilor din România

Subsemnatul (a) (nume, prenume) Camaroschi Constantin ……având CNP [redacted] ……titular ☑ reprezentant legal ☐ urmaș ☐ al cabinetului 1)* Cabinet medicina de familie ……..din cadrul unității medicale Cabinet Medical Medicină Generală Dr.Camaroschi Constantin ……., organizată sub forma:

CMI ☑ SRL ☐ ALTE FORME 2)* ☐

……

cu sediul în: 3) *

Comuna Sânpetru Mare Str.Principală Nr.387 Jud.Timiș cod 307385 ……

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 01.01.2027 ……

Vă aduc la cunoștință următoarele:

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

Coproprietar(i): ☐

……

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): ☐

……

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: 20.000 Euro

3) Adresa poștală pentru corespondența este:

……

4) Adresa de e-mail: constantin.1959@gmail.com

5) Numărul de telefon: 0744 562916

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

E-mail *5)** ☑ constantin.1959@gmail.com

Poșta română ☑

Curier ☐

Ridicare personală sub semnătură de către titularul cererii ☐

Data: 04.11.2026

Semnătura:

Constantin Camaroschi

Digitally signed by Constantin Camaroschi
Date: 2026.11.04 14:43:16 +02'00'

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