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: 13563/09.11.2026

**ANEXA**

## NOTIFICARE

### Cerere vânzare/cesionare/donație praxis/spațiu medical

**Doamnă Președinte a Colegiului Medicilor din România**

Subsemnatul (a) (nume, prenume) .LAKATOS...EMANUEL.....având CNP [redacted]...titular☐ reprezentant leg☑ urm☐ al cabinetului 1)*...SC..PALIA..MED.....SRL.....din cadrul unității medicale...SC..PALIA..MED...SRL....., organizată sub forma:

CMI ☐ SRL ☑ ALTE FORME 2)* ☐

.....

cu sediul în: 3) *
SV.CEAVA, NICOLAE LABIȘ, NR. 12, PUNCT DE LUCRU: FĂLTICENI STR. 13 DECEMBRIE

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.....

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): ☐
...S.C. CLINICA ALMA SRL / CMI VESELOVSCHI.....
1) Adresa de corespondență a titularului/titularilor dreptului de preempțiune este/sunt:
Coproprietar(i): ☒
.....FALTICENI ... 13 DECEMBRIE.....
Proprietar(i) vecin(i): ☐
.....
Numărul/numerele de telefon al/ale titularului/titularilor dreptului de preempțiune este/sunt:
Coproprietar(i): ☐
.....0752481074 / 0740 139 392.....
Proprietar(i) vecin(i): ☐
.....
2) Prețul de vânzare al spațiului medical/praxisului este: ....11.160 EURO.....
3) Adresa poștală pentru corespondența este:
.....
4) Adresa de e-mail:.....EMANUELLAKATOS81@gmail.com.....
5) Numărul de telefon:..0757.040.656.....

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: 09.11.2026

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