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: 13966/13.11.2026

ANEXA

NOTIFICARE

Cerere vânzare/cesionare/donație praxis/spațiu medical

Doamnă Președinte a Colegiului Medicilor din România

Subsemnatul (a) (nume, prenume) BOTEAN LIA ..... având CNP ..... titular ☐ reprezentant legal ☒ urmaș ☐ al cabinetului 1)* MEDIC PRIMAR PEDIATRU ..... din cadrul unității medicale CABINET MEDICAL DR BOTEAN LIA ....., organizată sub forma:

CMI ☐ SRL ☒ ALTE FORME 2)* ☐

.....

cu sediul în: 3)* CARAȘ-SEVERIN RESITA STR. SPITALULUI NR 36 ETJ II AP. 33

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 13.XI 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): ☐

.....

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): ☐

..... TABEL .....

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

Coproprietar(i): ☐

.....

Proprietar(i) vecin(i): ☐

..... TABEL .....

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

Coproprietar(i): ☐

.....

Proprietar(i) vecin(i): ☐

..... TABEL .....

2) Prețul de vânzare al spațiului medical/~~praxisului este~~: ..... 20 000 EURO .....

3) Adresa poștală pentru corespondența este:

.....

4) Adresa de e-mail: lia56bg@gmail.com

5) Numărul de telefon: 0770359148

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

E-mail 5)* ☒ lia56bg@gmail.com

Poșta română ☒

Curier ☐

Ridicare personală sub semnătură de către titularul cererii ☐

Data: 13 XI 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