Nr. înreg. CMR: 11320/S/05.10.2026

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

COLEGIUL MEDICILOR DIN ROMÂNIA
Consiliul Județean SIBIU
Nr. 1793 data 23.09.2026

ANEXA

NOTIFICARE

Cerere vânzare/cesionare/donație praxis/spațiu medical

Doamnă Președinte a Colegiului Medicilor din România

Subsemnatul (a) (nume, prenume) MIHU ADRIANA ..... având CNP... [redacted] titular [X] reprezentant legal [ ] urmaș [ ] al cabinetului 1)* ..... CMI DR. MIHU ADRIANA ..... din cadrul unității medicale ....., organizată sub forma:

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

.....

cu sediul în: 3)* SIBIU - STR. VASILE AARON NR. 20

.....

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 [X]

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

începând cu data de..... 1.01.2027 .....

Vă aduc la cunoștință următoarele:

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

Coproprietar(i): [X]

..... [redacted] .....

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

[redacted]

1) Adresa de corespondență a titularului/titularilor dreptului de preempțiune este/sunt:
Coproprietar(i): ☐ [redacted] Sibiu - Str. Vasile Aaron Nr. 20.
Proprietar(i) vecin(i): ☐
.....
Numărul/numerele de telefon al/ale titularului/titularilor dreptului de preempțiune este/sunt:
Coproprietar(i): ☒ [redacted]
Proprietar(i) vecin(i): ☐ [redacted]
2) Prețul de vânzare al spațiului medical/praxisului este: 45.000 € (120.000€ - Spațiul 25.000€ - Praxisul)
3) Adresa poștală pentru corespondența este:
SIBIU - STR. VASILE AARON NR 20
4) Adresa de e-mail: adimi210@yahoo.com
5) Numărul de telefon: 0755137913

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:

[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 revine doar coproprietarilor, dacă este cazul, și apoi proprietarilor vecini.
5) * Se va specifica adresa de e-mail