



Colegiul Medicilor din România

Str. Pictor Alexandru Roman nr. 14, sector 2, Cod Poștal 023965, București, RO
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

Cerere vânzare/cesionare/donație Praxis

Domnule Președinte al Colegiului Medicilor din România

COLEGIUL MEDICILOR BISTRITA-NĂSĂUD
Nr. INTRARE/IEȘIRE <u>40</u>
Data: <u>13.02.2025</u>

Subsemnatul(a) ILISIU LIANA MIRANDOLINA (nume) ILISIU LIANA MIRANDOLINA
prenume) DR. ILISIU LIANA MIRANDOLINA având CN CNP
.....titular reprezentant legal al urmașilor
cabinetului)* CMI. DR. ILISIU LIANA MIRANDOLINA - MEDICINA
din cadrul unității medicale..... DE FAMILIE
organizată sub forma:

CMI ☒

SRL ☐

ALTE FORME)* ☐

căsediu în:)* BISTRITA, B-DUL INDEPENDENȚEI, NR. 54
CABINET NR. 3

în conformitate cu:

OUG 68/2008 OMS ☐ 2006 ☐

anotificanța 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 13.03.2025

Vă aduc la cunoștință următoarele:

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

Coproprietar(i): ... ☐

CMI DR. BARNĂ CAMELIA

CMI DR. SOMEȘAN GRIGORE SIMION

CMI DR. NICULIȚĂ POALCA

CMI DR. ANTON CAMELIA

CMI DR. VLĂDU ANCA



Colegiul Medicilor din România

Str. Pictor Alexandru Romano nr. 14, sector 2, Cod Postal 023965, București, RO

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

Proprietarvecin(i): ☐

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

Coproprietar(i): ☒ B-TA, B-dul Independenței nr. 54.

Proprietarvecin(i): ☐

- 2) Numărul de telefon a titularului/titularilor dreptului de preempțiune este/sunt:

Coproprietar(i): ☐

Proprietarvecin(i): ☐

- 3) Prețul de vânzare al ^{spatiului} cabinetului este: 40.000 Euro

- 4) Adresa poștală pentru corespondență este: B-TA, B-dul INDEPENDENȚEI NR 54.

- 5) Adresa de e-mail:

- 6) Numărul de telefon: 0748 43 1164

Solicit eliberarea adeverinței necesare vânzării/cesiunii/donației praxisului SPATIULUI MEDICAL DOBANAIT CONF. 048 68/2008.

Data: Semnătura:

13-02-2025

- 1) *Se va preciza specialitatea
2) *Se va preciza forma cabinetului medical