



Colegiul Medicilor din România

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

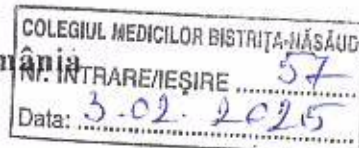
Cod Fiscal: 9708419; Tel: 021.413.88.00; 021.413.88.03; Fax: 021.413.77.50.

E-mail: office@cmr.ro; web: www.cmr.ro

Nr. înreg. CMR: 874/31.01.2025

Cerere vânzare/cesionare/donație Praxis

Domnule Președinte al Colegiului Medicilor din România



Subsemnatul (a) (nume, prenume) IONESCU MIRELA având
CNP. titular ☒ reprezentant legal ☐ urmaș ☐ al
cabinetului 1) * MEDICAL INDIVIDUAL AL IONESCU MIRELA din cadrul unității
medicale CMI, organizată sub forma:

CMI ☒

SRL ☐

ALTE FORME 2) * ☐

cu sediul în: 3) *

NĂSĂUD STR. GRÂNICEAȘILOR NR. 14

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 31.01.2025

Vă aduc la cunoștință următoarele:

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

Coproprietar(i): ☐

- Pe spoturile comune conform CF oferit terenului din
CF. 30832 NĂSĂUD



Colegiul Medicilor din România

Str. Pictor Alexandru Romano 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

Proprietar vecin(i): ☒

- BUSCOI IOANA

- POP CHIS ELIZA

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

Coproprietar(i): ☒

..... NĂȘAUA STR. GRĂNICERILOR NR. 17

Proprietar vecin(i): ☐

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

Coproprietar(i): ☒

..... BUSCOI IOANA

NR. TEL.

..... - POP CHIS ELIZA

NR. TEL.

Proprietar vecin(i): ☐

- 3) Prețul de vânzare al cabinetului este:

..... 40.000. EURO

- 4) Adresa poștală pentru corespondență este:

..... NĂȘAUA GRĂNICERILOR NR. 17

- 5) Adresa de e-mail: dr.ionescu@ingel@yahoo.com

- 6) Numărul de telefon: 0766137977

Solicit eliberarea adeverinței necesare vânzării/cesionării/donației praxisului.

Data: 31.01.2025

Semnătura;

1) * Se va preciza specialitatea

2) * Se va preciza forma cabinetului medical