



NOTIFICARE

Cerere vânzare/cesionare/donație praxis/spațiu medical

Doamnă Președinte a Colegiului Medicilor din România

Subsemnatul (a) (nume, prenume) Chiriac I. Vasile având
CNP. [redacted] titular ☒ reprezentant legal ☐ urmaș ☐ al cabinetului
1)* Medicină de familie din cadrul unității
medicale CMI Dr. Chiriac Vasile, organizată sub forma:

CMI ☒SRL ☐ALTE FORME 2)* ☐

cu sediul în: 3)* Focșani str. Revoluției 149 Ap 5

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 1 septembrie 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): ☐

Proprietar(1) vecin(1): ☐

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

Coproprietar(i): ☐

Proprietar(i) vecin(i): ☐

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

Coproprietar(i): ☐

Proprietar(i) vecin(i): ☐

2) Prețul de vânzare al spațiului medical/praxisului este: 9000 Euro

3) Adresa poștală pentru corespondența este:

4) Adresa de e-mail: drnukou - vasile @ judet.ro

5) Numărul de telefon: 0723953108

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: 07.08.2026

Semnătura:

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