



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

Nr. înreg. CMR: 757/21.01.2026

ANEXA

NOTIFICARE

Cerere vânzare/cesionare/donație praxis/spațiu medical

Doamnă Președinte a Colegiului Medicilor din România

Subsemnatul (a) (nume, prenume) ZLAVOG ANA-MARIA având CNP [redacted] titular al cabinetului 1)* Medicina de familie din cadrul unității medicale CMI DR ZLAVOG ANA-MARIA, organizată sub forma:

CMI ☒ SRL ☐ ALTE FORME 2)* ☐

.....
cu sediul în: 3)* Sat Garbesti, com Tibana, jud Iasi

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.....01.02.2026.....

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, 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(i) vecin(i): ☐

.....

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: Confidential.....

3) Adresa poștală pentru corespondență este: Sat Girbesti, com Tibana Jud Iasi

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

5) Numărul de telefon:.....0746757707.....

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: 21.01.2026

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

