



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: ; web:

Colegiul Medicilor din România

Consiliul Județean Neamț

Nr. înregistrare X 112 / 23.01.2026

ANEXA

NOTIFICARE

Cerere vânzare/cesionare/donație praxis/spațiu medical

Doamnă Președinte a Colegiului Medicilor din România

Subsemnatul (a) (nume, prenume) HOTARANU PETRONELA-ROXANA având
CNP. [REDACTED] titular ☒ reprezentant leg ☒ urn ☐ al
cabinetului 1 * MEDICINA DE FAMILIE din cadrul
unității medicale SC TRANSFORMLIFE SRL, organizată sub
forma:

CMI ☐

SRL ☒

ALTE FORME 2 * ☐

cu sediul în: [REDACTED]

.....PUNCT.DE LUCRU.IN ROMAN,STR.TINERETULUI.NR 28,CAM.47-48.....

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 28.02.2026

Vă aduc la cunoștință următoarele:

Titularul/titularii dreptului de preempțiune conf. **Art.28 alin.2** din **OUG 68/2008**
este/sunt 1 *:

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: colegiulmedicilor@colegiulmedicilor.ro; web: www.colegiulmedicilor.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: CONFORM NEGOCIERII

3) Adresa poștală pentru corespondență este:

4) Adresa de e-mail:petronela.hotaranu@yahoo.ro.....

5) Numărul de telefon:0755079755.....

Solicit eliberarea adeverinței necesare înstrăinării praxisului/spațiului și transmiterea prin:

E-mail ☒

Poșta română ☐

Curier ☐

Ridicare personală sub semnătură de către titularul cererii ☐

Data: 23.01.2026

1) * Se va preciza specialitatea

2) * Se va preciza forma cabinetului medical

3) * Se va preciza adresa completă