

COLEGIUL MEDICILOR BISTRITA-NĂSAUD	
Nr. INTRARE/IEȘIRE	253 ANEXA
Data:	30.08.2026

NOTIFICARE

Cerere vânzare/cesionare/donație praxis/spațiu medical

Doamnă Președinte a Colegiului Medicilor din România

Subsemnatul (a) (nume, prenume) BARICĂ ARPAD.....având
CNP. [REDACTED] titular ☒ reprezentant leg ☐ urn ☐ al
cabinetului 1)* CMI DT BARICĂ ARPAD.....din cadrul
unității medicale....., organizată sub
forma:

CMI ☒

SRL ☐

ALTE FORME 2)* ☐

cu sediul în: 3)*

SAHIMIANU DE CAMPIE 51, PRINCIPALA 53 BISTRITA-NĂSAUD

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.....

Vă aduc la cunoștință următoarele:

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

Coproprietar(i): ☐

NEAPLICABIL

Proprietar(i) vecin(i): ☐

Neaplicabil

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:

3) Adresa poștală pentru corespondență este:

SARMANU DE CAMPIE str. PRINCIPALA 53, Jud. BISTRIȚA - NEAȘA

4) Adresa de e-mail: *atpad.2010@gmail.com*

5) Numărul de telefon: *0744 618 374*

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

E-mail ☒

Poșta română ☐

Curier ☐

Ridicare personală sub semnătură de către titularul cererii ☐

Data: *27.07.2020*

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.