

**Sigla
DGRFP**

Agenția Națională de Administrare Fiscală

660

Direcția Generală Regională a Finanțelor Publice _____
Unitatea fiscală *) _____

Nr. Înregistrare _____
Data ____/____/_____

**DECIZIE DE ANULARE
A DECIZIEI PRIVIND STABILIREA DIN OFICIU
a contribuției de asigurări sociale pentru persoane fizice
pe anul _____**

Către:

Nume: _____

Prenume: _____

Domiciliul fiscal:

Localitate: _____

Str. _____

Nr. ____ Bl. ____ Sc. ____ Etaj ____ Ap. ____

Județ/sector: _____

Cod de identificare fiscală: _____

Având în vedere dispozițiile art. 94 alin.(2) și ale art.107 alin.(5) din Legea nr. 207/2015 privind Codul de procedură fiscală, cu modificările și completările ulterioare, vă comunicăm că Decizia privind stabilirea din oficiu a contribuției de asigurări sociale pentru persoane fizice nr. _____/_____ a fost anulată ca urmare a depunerii Declarației privind venitul asigurat la sistemul public de pensii (formularul 600) / documentelor care atestă faptul că nu aveți obligativitatea achitării contribuției de asigurări sociale, potrivit legii.

Împotriva prezentei decizii se poate face contestație, care se depune în termen de 45 de zile de la data comunicării, la organul fiscal competent. Prezenta decizie produce efecte de la data comunicării.

Aprobat:
Funcție _____
Nume, prenume _____

Verificat:
Funcție _____
Nume, prenume _____

Întocmit:
Funcție _____
Nume, prenume _____

Am primit un exemplar,
Semnătură contribuabil _____
Data ____/____/_____

Data _____

Data _____

Data _____

sau
Nr. și data confirmării de primire _____

*) Se menționează denumirea organului fiscal emitent.