



**MINISTERUL FINANTELOR PUBLICE
 AGENȚIA NAȚIONALĂ DE ADMINISTRARE FISCALĂ**

Unitate fiscală _____

Jud. _____ Loc. _____

Str. _____ Nr. _____

Telefon: _____

Fax: _____ e-mail: _____

Nr. Înregistrare _____

Data _____

NOTIFICARE

Către: Nume Prenume _____

Domiciliu:

Localitate _____ str. _____ nr. _____ bl. _____

sc. _____ ap. _____ județ/sector. _____

Cod numeric personal _____

Stimată/e doamnă/domn, vă aducem la cunoștință că, în urma verificării documentelor anexate Cererii de încetare a obligației de plată a contribuției de asigurări sociale (formular 601), înregistrată sub nr. _____, din data _____, s-a constatat că, documentația depusă este incompletă.

În vederea clarificării situației fiscale vă rugăm ca în termen de 15 zile de la primirea prezentei notificări să completați documentația depusă, conform situației indicate la cap.II din cererea dumneavoastră.

Pentru informații suplimentare în legătură cu această notificare, persoana care poate fi contactată este dna/dl _____, la sediul nostru sau la numărul de telefon _____ între orele _____.

Conducătorul unității fiscale,

Șef compartiment,

Nume
 Prenume

Nume
 Prenume