

Sigla DGRFP Ministerul Finanțelor Publice**Agencia Națională de Administrare Fiscală**

Direcția generală regională a finanțelor publice.....

Unitatea fiscală

Adresa:.....

Tel:.....

Fax:.....

e-mail:.....

Nr. înregistrare..... Data/...../.....

DECIZIE DE IMPUNERE
privind contribuția de asigurări sociale de sănătate
datorată de persoanele fizice
potrivit art.180 alin.(1) lit.a) din Codul fiscal
pentru perioada.....

Către:

Nume: _____

Prenume: _____

Domiciliul:Localitate: _____

Cod poștal _____

Str. _____

Nr. _____ Bl. _____ Sc. _____ Etaj _____ Ap. _____

Județ/sector: _____

Cod numeric personal/Număr de identificare fiscală: _____

În baza art.180 alin.(1) lit.a) din Legea nr. 227/2015 privind Codul fiscal, cu modificările și completările ulterioare și a Declarației pentru stabilirea obligațiilor de plată cu titlu de contribuție de asigurări sociale de sănătate datorată de persoanele fizice care nu realizează venituri sau alte categorii de persoane prevăzute la art.180 din Codul fiscal pentru perioada..... nr..... din data....., /Cererii de stopare a obligațiilor de plată reprezentând contribuție de asigurări sociale de sănătate datorată de persoanele fizice care nu realizează venituri sau alte categorii de persoane prevăzute la art.180 din Codul fiscal, nr..... din data....., se stabilește contribuția de asigurări sociale de sănătate, după cum urmează:

I. Contribuție de asigurări sociale de sănătate datorată (conform Anexei):

(lei)

Perioada pentru care se stabilește contribuția de asigurări sociale de sănătate	Decizie anterioară	Decizie curentă
	Contribuția de asigurări sociale de sănătate	Contribuția de asigurări sociale de sănătate

PROIECT

Plata obligațiilor cu titlu de contribuții de asigurări sociale de sănătate se efectuează lunar, până la data de 25 inclusiv a fiecărei luni, începând cu luna următoare depunerii declarației.

Pentru obligațiile de plată stabilite prin prezenta, neachitate până la termenele arătate mai sus, se vor calcula dobânzi și penalități de întârziere. Împotriva prezentei decizii se poate face contestație, care se depune, în termen de 45 zile de la comunicare, la organul fiscal emitent. Prezenta reprezintă titlu de creanță și constituie înștiințare de plată, conform legii.

Date necesare efectuării plății contribuției de asigurări sociale de sănătate	
Beneficiar	
Cod de identificare fiscală beneficiar	
Contul de venituri bugetare corespunzător obligației de plată	
Codul IBAN aferent contului de venituri bugetare	
Explicații	
Suma (lei)	

Informații privind modalitățile de plată a contribuției de asigurări sociale de sănătate:

Achitarea sumelor datorate bugetului Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate poate fi efectuată prin una dintre următoarele modalități:

- în **numerar**, la unitatea Trezoreriei statului.....;
- prin **mandat poștal**, la subunitățile poștale ale C.N.Poșta Română S.A.;
- prin **virament, utilizând ordinul de plată**, din contul propriu deschis la o instituție de credit din România (bancă), inclusiv cel emis prin sisteme de plată electronică de tip „Internet banking”;
- prin **virament, utilizând contul tranzitoriu** deschis pe numele Ministerului Finanțelor Publice. Nomenclatorul conturilor de venituri bugetare în care pot fi achitate sume prin intermediul contului tranzitoriu de către persoanele fizice se regăsește pe site-ul Agenției Naționale de Administrare Fiscală, www.anaf.ro.

Aprobat:
Funcție _____
Nume/Prenume _____
Data __/__/__

Verificat:
Funcție _____
Nume/Prenume _____
Data __/__/__

Întocmit:
Funcție _____
Nume/Prenume _____
Data __/__/__

Am primit un exemplar
Semnătură contribuabil _____
Data __/__/__ sau numărul și data
confirmării de primire

Număr de operator de date cu caracter personal