

**C E R E R E**

**privind desființarea Deciziei de impunere  
privind contribuția de asigurări sociale de sănătate datorată de  
persoanele fizice care nu realizează venituri**

Subsemnatul (a)....., domiciliat (ă)  
în....., Str....., nr.....,  
bloc....., scara....., apart....., județ (sector)....., cod poștal.....,  
având CNP/NIF....., prin prezenta solicit anularea  
sumei de ..... lei, reprezentând contribuție de asigurări sociale de sănătate  
stabilă și comunicată prin Decizia de impunere privind contribuția de asigurări sociale  
de sănătate datorată de persoanele fizice care nu realizează venituri pentru anul.....

Semnătura

Data.....

Durata de completare a prezentului formular este de 1-3 minute.  
Informațiile colectate sunt utilizate în procesul de administrare a contribuției 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.