

PROIECT

Anexa nr.2

Sigla DGRFP

Ministerul Finanțelor Publice
Agenția Națională de Administrare Fiscală
Unitatea fiscală *)
Serviciul/Biroul/Compartimentul

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

632

DECIZIE

**privind desființarea deciziei de impunere anuală
pentru stabilirea contribuției de asigurări sociale de sănătate**

Către:
Nume: _____
Prenume: _____
Domiciliul: Localitate: _____
Str. _____
Nr. _____ Bl. _____ Sc. _____ Etaj _____ Ap. _____
Judet/sector: _____

Cod numeric personal/Număr de identificare fiscală: _____

În temeiul prevederilor art.47 din Ordonanța Guvernului nr.92/2003 privind Codul de procedură fiscală, republicată, cu modificările și completările ulterioare, se desființează Decizia de impunere anuală pentru stabilirea contribuției de asigurări sociale de sănătate aferentă anului fiscal nr....., emisă la data de, prin care a fost stabilită suma de lei, reprezentând contribuție de asigurări sociale de sănătate pentru veniturile realizate din.....**).

Împotriva prezentei decizii se poate formula contestație potrivit legii, care se depune, în termen de 30 zile de la comunicare, la organul fiscal emitent .

Aprobat:	Verificat:	Întocmit:	Am primit un exemplar,
Funcție.....	Funcție.....	Funcție.....	Semnătură contribuabil
Nume,	Nume,	Nume, prenume	Data...../...../.....
prenume.....	prenume.....	Data	sau Nr. și data confirmării de
Data	Data.....		primire.....
.....			

*) Se menționează denumirea organului fiscal emitent.

**) Se menționează categoria de venit