



NOTIFICARE

privind încetarea obligațiilor de plată stabilite prin
Decizia de impunere privind contribuția de asigurări
sociale de sănătate datorată de persoanele fizice potrivit
art.180 alin.(1) lit.a) din Codul fiscal

I. DATE DE IDENTIFICARE A CONTRIBUABILULUI

Nume				Inițiala tatălui		Cod numeric personal / Număr de identificare fiscală					
Prenume											
Strada				Număr		Banca					
Bloc	Scara	Etaj	Ap.	Județ/sector		Cont bancar (IBAN)					
Localitate				Cod poștal							
Telefon				Fax		E-mail					

II. DATE DE IDENTIFICARE A ÎMPUTERNICITULUI

Nume, prenume/Denumire						Cod de identificare fiscală					
Strada						Număr		Bloc	Scară	Etaj	Ap.
Județ/Sector			Localitate			Cod poștal					
Telefon			Fax			E-mail					

PROIECT

III. DATE PRIVIND ÎNCETAREA OBLIGAȚIILOR DE PLATĂ STABILITE PRIN DECIZIA DE IMPUNERE PRIVIND CONTRIBUȚIA DE ASIGURĂRI SOCIALE DE SĂNĂTATE DATORATĂ DE PERSOANELE FIZICE POTRIVIT ART.180 ALIN.(1) LIT.A) DIN CODUL FISCAL

Sub sancțiunile aplicate faptei de fals în declarații, declar pe proprie răspundere că, începând cu data de

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
z	z	l	l	a	a a a a

- Realizez venituri pentru care obligația declarării revine plătitorului, potrivit legii.
- Mă încadrez în una din categoriile de persoane exceptate de la plata contribuției de asigurări sociale de sănătate, prevăzute la art.154 alin.(1) din Codul fiscal.

Sub sancțiunile aplicate faptei de fals în declarații, declar că datele înscrise în acest formular sunt corecte și complete.

Semnătură
contribuabil

Semnătură împuternicit

Loc rezervat organului fiscal

Nr. Înregistrare

Data: