

PROIECT



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, (formularul 601), înregistrată sub nr. _____, din data _____, s-a constatat că acestea nu atestă îndeplinirea condițiilor legale pentru a fi scos din evidență ca plătitor de contribuții de asigurări sociale.

În cazul în care nu sunteți de acord cu cele comunicate prin prezenta, vă rugăm să vă prezentați în termen de 15 zile la sediul unității fiscale pentru clarificarea situației dvs. fiscale. În caz contrar, vă aducem la cunoștință că cererea dumneavoastră va fi respinsă.

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,

Nume
Prenume

Șef compartiment,

Nume
Prenume