

# PROIECT

Anexa nr.2

660

Sigla  
DGRFP

Agenția Națională de Administrare Fiscală

Direcția Generală Regională a Finanțelor Publice \_\_\_\_\_

Unitatea fiscală \*) \_\_\_\_\_

Nr. înregistrare.....

Data ...../...../.....

**DECIZIE DE ANULARE**  
**A DECIZIEI PRIVIND STABILIREA DIN OFICIU**  
**a contribuției de asigurări sociale și a contribuției de**  
**asigurări sociale de sănătate pentru persoane fizice**  
**pe anul \_\_\_\_\_**

**Către:**

Nume: \_\_\_\_\_

Prenume: \_\_\_\_\_

Domiciliul fiscal: Localitate: \_\_\_\_\_

Str. \_\_\_\_\_

Nr. \_\_\_\_\_ Bl. \_\_\_\_\_ Sc. \_\_\_\_\_ Etaj \_\_\_\_\_ Ap. \_\_\_\_\_

Județ/sector: \_\_\_\_\_

**Cod de identificare fiscală:**

\_\_\_\_\_

Având în vedere dispozițiile art. 94 alin.(2) și ale art.107 alin.(5) din Legea nr. 207/2015 privind Codul de procedură fiscală, cu modificările și completările ulterioare, vă comunicăm că Decizia privind stabilirea din oficiu a contribuției de asigurări sociale și a contribuției de asigurări sociale de sănătate pentru persoane fizice nr...../.....a fost anulată ca urmare a depunerii declarației privind venitul realizat, potrivit legii/documentelor care atestă faptul că nu aveți obligativitatea achitării contribuției de asigurări sociale/contribuției de asigurări sociale de sănătate, potrivit legii.

Împotriva prezentei decizii se poate face contestație, care se depune în termen de 45 de zile de la data comunicării, la organul fiscal competent. Prezenta decizie produce efecte de la data comunicării.

Aprobat:  
Funcție.....  
Nume, prenume.....  
Data .....

Verificat:  
Funcție.....  
Nume, prenume.....  
Data .....

Întocmit:  
Funcție.....  
Nume, prenume.....  
Data .....

Am primit un exemplar,  
Semnătură contribuabil .....  
Data...../...../.....  
sau Nr. și data confirmării de primire.....

\*) Se menționează denumirea organului fiscal emitent.

Număr de operator de date cu caracter personal .....