

Nr. /

CERERE**de modificare a deciziei de impunere prin care au fost stabilite sume de plată cu titlu de impozit pe venit sau contribuții de asigurări sociale de sănătate *)**

Subsemnatul/Subsemnata CNP/NIF,
 cu domiciliul fiscal în, str. nr., bl.,
 sc., et., ap., județul/sectorul, cod poștal, telefon,
 reprezentat/reprezentată prin dna/dl.....,
 CNP/NIF, cu domiciliul fiscal în, str.
 nr., bl., sc., et., ap., județul/sectorul, cod poștal,
 în baza art.47 din Ordonanță a Guvernului nr.92/2003 privind Codul de procedură fiscală, cu
 modificările și completările ulterioare, solicit modificarea
 **) nr. din data..... privind următoarele obligații fiscale :

- impozit pe venit
- contribuția de asigurări sociale de sănătate

Motivul pentru care solicit modificarea actului administrativ fiscal:

Anexat au fost depuse următoarele documente ***):

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

Semnătura,

*) Se completează și se depune la organul fiscal de către contribuabil sau împuternicitul acestuia, potrivit legii. La prezenta cerere se anexează documentele care justifică încadrarea în una dintre categoriile de contribuabili care sunt exceptate de la plata impozitului pe venit sau a contribuției de asigurări sociale de sănătate.

**) Se înscrie denumirea actului administrativ fiscal.

***) Documentele justificative se anexează, în copie, fiind prezentate organului fiscal și în original, în vederea certificării conformității acestora. În cazul în care documentele se transmit prin poștă, documentele justificative se prezintă în copie legalizată.