

Proiect

Sigla DGRFP Ministerul Finanțelor Publice

Agenția Națională de Administrare Fiscală

Direcția generală regională a finanțelor publice

Unitatea fiscală

Adresa:.....

Tel:.....

Fax:.....

e-mail:.....

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

DECIZIE DE IMPUNERE
privind contribuția de asigurări sociale de sănătate
datorată de persoanele fizice care nu realizează venituri

pentru anul

--	--	--	--

Către:

Nume: _____

Prenume: _____

Domiciliul: Localitate: _____

Cod poștal _____

Str. _____

Nr. ____ Bl. ____ Sc. ____ Etaj ____ Ap. ____

Județ/sector: _____

Cod numeric personal/Număr de identificare fiscală:

În baza art.182 alin. (1) și (2) din Legea nr. 227/2015 privind Codul fiscal, cu modificările și completările ulterioare și a Declarației de înregistrare în evidența persoanelor fizice care nu realizează venituri, precum și pentru stabilirea obligațiilor de plată a contribuției de asigurări sociale de sănătate/Cererii de încetare a calității de persoană fizică fără venituri pe anul..... nr..... din data....., se stabilește contribuția de asigurări sociale de sănătate, după cum urmează:

I. Determinarea contribuției de asigurări sociale de sănătate
--

(lei)

Luna	Decizie anterioară		Decizie curentă	
	Baza de calcul	Contribuția de asigurări sociale de sănătate	Baza de calcul	Contribuția de asigurări sociale de sănătate
1.	2.	3.	4.	5.
1. Ianuarie				
2. Februarie				

3. Martie				
4. Aprilie				
5. Mai				
6. Iunie				
7. Iulie				
8. August				
9. Septembrie				
10. Octombrie				
11. Noiembrie				
12. Decembrie				
TOTAL				

(lei)

II. Repartizarea contribuțiilor de asigurări sociale de sănătate pe termene de plată		
Termen de plată	Decizie anterioară	Decizie curentă
Trimestrul 1		
Trimestrul 2		
Trimestrul 3		
Trimestrul 4		
TOTAL		

Pentru obligațiile de plată stabilite prin prezenta, neachitate până la termenele arătate mai sus, se vor calcula dobânzi și penalități de întârziere. Împotriva prezentei decizii se poate face contestație, care se depune, în termen de 45 zile de la comunicare, la organul fiscal emitent. Prezenta reprezintă titlu de creanță și constituie înștiințare de plată, conform legii.

Date necesare efectuării plății contribuției de asigurări sociale de sănătate	
Beneficiar	
Cod de identificare fiscală beneficiar	
Contul de venituri bugetare corespunzător obligației de plată	
Codul IBAN aferent contului de venituri bugetare	
Explicații	
Suma (lei)	

Informații privind modalitățile de plată a contribuției de asigurări sociale de sănătate:

Achitarea sumelor datorate bugetului Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate poate fi efectuată prin una dintre următoarele modalități:

- în **numerar**, la unitatea Trezoreriei statului.....;
- prin **mandat poștal**, la subunitățile poștale ale C.N.Poșta Română S.A.;
- prin **virament, utilizând ordinul de plată**, din contul propriu deschis la o instituție de credit din România (bancă), inclusiv cel emis prin sisteme de plată electronică de tip „Internet banking”;
- prin **virament, utilizând contul tranzitoriu** deschis pe numele Ministerului Finanțelor Publice. Nomenclatorul conturilor de venituri bugetare în care pot fi achitate sume prin intermediul contului tranzitoriu de către persoanele fizice se regăsește pe site-ul Agenției Naționale de Administrare Fiscală, www.anaf.ro.

Aprobat:
 Funcție _____
 Nume/Prenume _____
 Data __/__/__

Verificat:
 Funcție _____
 Nume/Prenume _____
 Data __/__/__

Întocmit:
 Funcție _____
 Nume/Prenume _____
 Data __/__/__

Am primit un exemplar
 Semnătură contribuabil _____
 Data __/__/__ sau numărul și data
 confirmării de primire

Număr de operator de date cu caracter personal

Cod: 14.13.02.21.