

Sigla DGRFP

**Agenția Națională de Administrare  
Fiscală**  
**Direcția Generală Regională a  
Finanțelor Publice** .....  
 Unitatea fiscală.....  
 Nr. înregistrare.....  
 Data ...../...../.....

Adresa:.....  
 .....  
 Tel :.....  
 Fax : .....  
 e-mail : .....

**DECIZIE DE IMPUNERE**  
**privind plățile anticipate cu titlu de contribuții de asigurări sociale de sănătate**  
**pentru veniturile din cedarea folosinței bunurilor**  
**pe anul \_\_\_\_\_**

**Către:**

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

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

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

Cod poștal \_\_\_\_\_

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

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

Judet/sector: \_\_\_\_\_

Cod numeric personal/Număr de identificare fiscală: \_\_\_\_\_

În baza art.296<sup>22</sup> și art.296<sup>24</sup> din Legea nr.571/2003 privind  
 Codul fiscal și a Declarației privind venitul estimat/norma de  
 venit/Declarației privind veniturile realizate din România pe  
 anul..... nr..... din data..... se stabilesc  
 plățile anticipate cu titlu de contribuții de asigurări sociale de  
 sănătate, după cum urmează:

**I. Date privind activitatea desfășurată:**

Nr. crt.	Contractul de închiriere (nr. /data)	Perioada de valabilitate în anul de impunere	Venit lunar bază de calcul al CASS *
1.			
2.			
3.			
4.			
...			

**II. Determinarea plăților anticipate cu titlu de contribuții de asigurări sociale de sănătate:**

Decizie anterioară		Decizie curentă	
Total bază de calcul **	Total CASS *	Total bază de calcul **	Total CASS *

\* CASS- contribuția de asigurări sociale de sănătate, calculată conform Anexei

\*\* Bazele de calcul sunt calculate pe fiecare lună, conform Anexei.

**III. Repartizarea plăților anticipate cu titlu de contribuții de asigurări sociale de sănătate, pe termene de plată:**

Termen de plată	Decizie anterioară	Decizie curentă
<b>TOTAL</b>		

Pentru obligațiile de plată stabilite prin prezenta, neachitate până la termenele arătate mai sus, se vor calcula dobânzi și penalități de întârziere. Împotriva măsurilor dispuse prin prezenta se poate face contestație, care se depune în termen de 30 zile de la comunicare, la organul fiscal emitent. Prezenta reprezintă titlu de creanță și constituie înștiințare de plată, conform legii.

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.....

<b>Date necesare efectuării plății contribuției de asigurări sociale de sănătate</b>	
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, astfel:

- în **numerar**, la ghișeele unităților teritoriale ale 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);
- prin **virament, utilizând contul tranzitoriu** deschis pe numele Ministerului Finanțelor Publice la instituții de credit (bănci) potrivit convențiilor încheiate cu acestea. Nomenclatorul conturilor de venituri bugetare în care pot fi achitate sume prin intermediul contului tranzitoriu de către persoanele fizice este publicat pe site-ul Ministerului Finanțelor Publice, la adresa [www.mfinante.ro/ANAF/Asistenta contribuabili/Programe utile/Ordine de plata/](http://www.mfinante.ro/ANAF/Asistenta_contribuabili/Programe_utile/Ordine_de_plata/).