

NOTIFICARE
privind încetarea obligațiilor de plată stabilite prin Decizia de impunere privind
contribuția de asigurări sociale de sănătate datorată de persoanele fizice
potrivit art. 180 alin. (1) lit. a) din Codul fiscal

I. DATE DE IDENTIFICARE A CONTRIBUABILULUI

Nume				Inițiala tatălui		Cod numeric personal/Număr de identificare fiscală					
Prenume						Banca					
Strada				Număr		Cont bancar (IBAN)					
Bloc	Scara	Etaj	Ap.	Județ/sector							
Localitate				Cod poștal							
Telefon				Fax				E-mail			

II. DATE DE IDENTIFICARE A ÎMPUTERNICITULUI

Nume, prenume/Denumire				Cod de identificare fiscală									
Strada				Număr		Bloc		Scară		Etaj		Ap.	
Județ/Sector			Localitate			Cod poștal							
Telefon			Fax			E-mail							

III. DATE PRIVIND ÎNCETAREA OBLIGAȚIILOR DE PLATĂ STABILITE PRIN DECIZIA DE IMPUNERE PRIVIND CONTRIBUȚIA DE ASIGURĂRI SOCIALE DE SĂNĂTATE DATORATĂ DE PERSOANELE FIZICE POTRIVIT ART. 180 ALIN. (1) LIT. A) DIN CODUL FISCAL

Sub sancțiunile aplicate faptei de fals în declarații, declar pe proprie răspundere că:

Realizez venituri pentru care obligația declarării revine plătitorului, potrivit legii.

Mă încadrez în una din categoriile de persoane exceptate de la plata contribuției de asigurări sociale de sănătate, prevăzute la art. 154 alin. (1) din Codul fiscal.

Sub sancțiunile aplicate faptei de fals în declarații, declar că datele înscrise în acest formular sunt corecte și complete.

Semnătură contribuabil		Semnătură împuternicit	
------------------------	--	------------------------	--

Loc rezervat organului fiscal

Nr. Înregistrare

Data: