

Sigla DGRFP	Ministerul Finanțelor Publice	Nr. înregistrare _____
	Agenția Națională de Administrare Fiscală	Data _____
	Unitatea fiscală*) _____	_____/_____/_____
	Serviciul/Biroul/Compartimentul _____	

DECIZIE
privind anularea 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”

Către:	Cod numeric personal/
Nume: _____	Număr de identificare fiscală:
Prenume: _____	_____
Domiciliul: localitate: _____	
Str. _____	
nr. _____, bl. _____, sc. _____, et. _____, ap. _____,	
județul/sectorul: _____	

În temeiul prevederilor art. IV din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 89/2018 privind unele măsuri fiscal-bugetare și pentru modificarea și completarea unor acte normative, începând cu luna _____, anul _____, se anulează obligațiile de plată stabilite cu titlu de contribuție de asigurări sociale de sănătate 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” nr. _____, emisă la data de _____.

Împotriva prezentei decizii se poate formula contestație potrivit legii, care se depune, în termen de 45 de zile de la comunicare, la organul fiscal emitent.

<u>Aprobat:</u>	<u>Verificat:</u>	<u>Întocmit:</u>	<u>Am primit un exemplar.</u>
Funcție _____	Funcție _____	Funcție _____	Semnătură contribuabil
Nume, prenume _____	Nume, prenume _____	Nume, prenume _____	_____
_____	_____	_____	Data ____/____/_____
Data _____	Data _____	Data _____	sau Nr. și data confirmării de primire _____

*) Se menționează denumirea organului fiscal emitent.