

**C E R E R E**  
**privind desființarea Deciziei de impunere**  
**privind contribuția de asigurări sociale de sănătate datorată de**  
**persoanele fizice care nu realizează venituri**

Subsemnatul (a) \_\_\_\_\_,  
domiciliat (ă) în \_\_\_\_\_, Str. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, nr. \_\_\_\_\_, bloc \_\_\_\_\_, scara \_\_\_\_\_, ap. \_\_\_\_\_,  
județ (sector) \_\_\_\_\_, cod poștal \_\_\_\_\_, având  
CNP/NIF \_\_\_\_\_, prin prezenta solicit anularea sumei de  
\_\_\_\_\_ lei, reprezentând contribuție de asigurări sociale de sănătate  
stabilită și comunicată prin Decizia de impunere privind contribuția de asigurări sociale de  
sănătate datorată de persoanele fizice care nu realizează venituri pentru anul \_\_\_\_\_.

Semnătura

Data \_\_\_\_\_