

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 pentru luna de înregistrare de persoanele fizice**  
**care nu realizează venituri**

pentru luna  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. 180 alin. (3), art. 182 alin. (1) și alin. (3) 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 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.

\*) Pentru persoanele care nu au realizat venituri pe o perioadă mai mare de 6 luni și nu au efectuat plata contribuției lunare pentru această perioadă, contribuția datorată pentru luna în care solicită înregistrarea se

calculează prin aplicarea cotei individuale de asigurări sociale de sănătate asupra bazei de calcul reprezentând valoarea a de 7 ori salariul minim brut pe țară.

Dacă perioada în care nu s-au realizat venituri este mai mică de 6 luni și nu s-a efectuat plata contribuției lunare pentru această perioadă, contribuția datorată pentru luna în care solicită înregistrarea se stabilește proporțional cu perioada respectivă.

**II. Plata contribuției de asigurări sociale de sănătate se efectuează în termen de 30 de zile de la data comunicării prezentei decizii de impunere**

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](http://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