**Anexa nr.2**

**Sigla**

**DGRFP**

### Agenţia Naţională de Administrare Fiscală

Direcţia Generală Regională a Finanţelor Publice

Unitatea fiscală

Nr. înregistrare..........................................

Data …........./............./..............................

Către …………………………………………...

Cod de identificare fiscală...................

Str. ……..……………...... nr. …., bloc ...., sc.….,

et. ……, ap. …., județ/ sector …………………. ,

localitate ..................., cod poștal ……………….

**Notificare privind nedeclararea contribuției de asigurări sociale**

**și a contribuției de asigurări sociale de sănătate datorate de persoanele fizice**

□ CAS\*

□ CASS\*\*

Stimată/e doamnă/domn, vă aducem la cunoştinţă că, potrivit evidenţelor noastre, ați realizat venituri anuale cumulate\*\*\*

□ care depășesc plafonul de 12 salarii minime brute pe țară și aveaţi obligaţia declarării contribuției de asigurări sociale

**□** asimilate salariilor pentru activitatea desfăşurată în străinătate și aveați obligația declarării CAS și/sau CASS

□ din activități independente și aveați obligaţia declarării contribuției de asigurări sociale de sănătate

□ care depășesc plafonul de 6 salarii minime brute pe țară și aveaţi obligaţia declarării contribuției de asigurări sociale de sănătate

în Declaraţia unică privind impozitul pe venit și contribuțiile sociale datorate de persoanele fizice, pentru perioada ………………………….

Neîndeplinirea la termen a obligaţiilor de declarare prevăzute de lege se sancţionează cu amendă contravenţională, prevăzută la art.336 alin.(3) din Legea nr.207/2015 privind Codul de procedură fiscală, cu modificările și completările ulterioare.

Nedepunerea declaraţiei, în termen de 15 zile de la primirea prezentei notificări, atrage stabilirea din oficiu a obligaţiei de plată, potrivit art.107 alin.(1) din Legea nr.207/2015 privind Codul de procedură fiscală, cu modificările și completările ulterioare.

Totodată, vă rugăm să vă prezentați, în termen de 10 zile de la data primirii prezentei notificări, în vederea audierii, conform prevederilor art.9 din Codul de procedură fiscală.

Pentru informaţii suplimentare în legătură cu această notificare, persoana care poate fi contactată este dna/dl.................................................................., la sediul nostru sau la numărul de telefon ........................., între orele…..-…..

În speranţa că veţi da curs solicitării noastre, vă mulţumim.

În situaţia în care aţi îndeplinit obligaţiile declarative, vă rugăm să nu daţi curs prezentei.

Conducătorul unităţii fiscale, Şeful compartimentului,

Numele și prenumele..................... Numele și prenumele.....................

\*Contribuția de asigurări sociale

\*\*Contribuția de asigurări sociale de sănătate

\*\*\*Se bifează cazurile enumerate, în funcție de situația fiscală concretă a contribuabilului.

Document care conține date cu caracter personal protejate de prevederile Regulamentului (UE) 2016/679