|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Sigla**  **DGRFP** | **Agenţia Naţională de Administrare Fiscală**  Direcţia Generală Regională a Finanţelor Publice\_\_\_\_\_  Unitatea fiscală \*) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **Anexa nr.5**  **660** |

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

Data ........../.........../...............

**DECIZIE DE ANULARE**

**A DECIZIEI PRIVIND STABILIREA DIN OFICIU**

**a contribuţiei de asigurări sociale și a contribuției de**

**asigurări sociale de sănătate pentru persoane fizice**

**pe anul \_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |
| --- | --- |
| **Către:**  Numele:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Prenumele:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Domiciliul fiscal: Localitate:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Str. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nr.\_\_\_\_Bl.\_\_\_\_ Sc. Etaj Ap.\_\_\_\_  Judeţul/sectorul:\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **Cod de identificare fiscală:**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

Având în vedere dispozițiile art. 94 alin.(2) şi ale art.107 alin.(5) din Legea nr. 207/2015 privind Codul de procedură fiscală, cu modificările şi completările ulterioare, vă comunicăm că Decizia privind stabilirea din oficiu a contribuţiei de asigurări sociale și a contribuției de asigurări sociale de sănătate pentru persoane fizice nr..................../......................a fost anulată ca urmare a depunerii Declaraţiei unice privind impozitul pe venit și contribuțiile sociale datorate de persoanele fizice, potrivit legii/documentelor care atestă faptul că nu aveaţi obligația declarării contribuţiei de asigurări sociale/contribuției de asigurări sociale de sănătate, potrivit legii.

Împotriva prezentei decizii se poate face contestație, care se depune în termen de 45 de zile de la data comunicării, la organul fiscal competent. Prezenta decizie produce efecte de la data comunicării.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Aprobat:  Funcţia..........................…………..  Numele, prenumele…………………..  Data ……………………………… | Verificat:  Funcţia................................……...  Numele, prenumele.............................  Data……………………………… | Întocmit:  Funcţia.......................................……….  Numele, prenumele ......................................  Data …………………………………… | Am primit un exemplar,  Semnătura contribuabilului …………………..…………… Data.........../......./........  sau Nr. şi data confirmării de primire…………………… |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \*) Se menţionează denumirea organului fiscal emitent.

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