



DECLARAȚIE
pentru stabilirea obligațiilor de plată cu titlu de
contribuție de asigurări sociale de sănătate datorată de
persoanele fizice care nu realizează venituri
sau alte categorii de persoane prevăzute la art.180 din
Codul fiscal

604

pentru perioada _____

Declarație rectificativă

I. DATE DE IDENTIFICARE A CONTRIBUABILULUI

Nume				Inițiala tatălui		Cod numeric personal / Număr de identificare fiscală					
Prenume						Banca					
Strada				Număr		Cont bancar (IBAN)					
Bloc	Scara	Etaj	Ap.	Județ/sector							
Localitate				Cod poștal							
Telefon		Fax		E-mail							

II. DATE DE IDENTIFICARE A ÎMPUTERNICITULUI

Nume, prenume/Denumire				Cod de identificare fiscală						
Strada				Număr	Bloc	Scară	Etaj	Ap.		
Județ/Sector			Localitate			Cod poștal				
Telefon			Fax			E-mail				

III. OPȚIUNE PRIVIND PLATA CONTRIBUȚIEI DE ASIGURĂRI SOCIALE DE SĂNĂTATE

Optez pentru plata obligațiilor cu titlu de contribuție de asigurări sociale de sănătate :

Lunar, începând cu luna curentă, prin aplicarea cotei individuale de contribuție asupra bazei lunare de calcul reprezentând valoarea salariului minim brut pe țară, pe o perioadă de luni, dar nu mai puțin de 12 luni consecutive, potrivit art.180 alin.(1) lit.a) din Codul fiscal;

La data depunerii prezentei, prin aplicarea cotei individuale de contribuție asupra bazei lunare de calcul reprezentând valoarea a de 7 ori salariul minim brut pe țară, potrivit art.180 alin.(1) lit.b) din Codul fiscal.

Sub sancțiunile aplicate faptei de fals în acte publice, declar că datele înscrise în acest formular sunt corecte și complete.

Semnătură contribuabil

Semnătură împuternicit

Loc rezervat organului fiscal

Nr. Înregistrare

Data:

Număr de operator de date cu caracter personal 759