

DECLARAȚIE
de înregistrare în evidența persoanelor fizice care nu
realizează venituri, precum și pentru stabilirea
obligațiilor de plată a contribuției de asigurări sociale de
sănătate

pentru anul

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. În conformitate cu art. 181 alin. (1) din Legea nr. 227/2015 privind Codul fiscal, declar că :

<input type="checkbox"/>	nu realizez venituri de natura celor menționate la art. 155 din Codul fiscal
<input type="checkbox"/>	nu mă încadrez în categoriile de persoane exceptate de la plata contribuției de asigurări sociale de sănătate
<input type="checkbox"/>	nu mă încadrez în categoriile de persoane pentru care plata contribuției de asigurări sociale de sănătate se suportă din alte surse

IV. Declar că ultima lună pentru care am plătit contribuția de asigurări sociale de sănătate este luna anul pentru venituri

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
Cod: 14.13.01.20.