

CERERE
de stopare a obligațiilor de plată reprezentând
contribuția 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

605

I. DATE DE IDENTIFICARE A CONTRIBUABILULUI

Nume	Inițiala tatălui		Cod numeric personal / Număr de identificare fiscală									
Prenume					Banca							
Strada		Număr										
Bloc	Scara	Etaj	Ap.	Județ/sector		Cont bancar (IBAN)						
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. DATE PRIVIND STOPAREA OBLIGAȚIILOR DE PLATĂ REPREZENTÂND CONTRIBUȚIA DE ASIGURĂRI SOCIALE DE SĂNĂTATE DĂTORATĂ DE PERSOANELE FIZICE CARE NU REALIZEAZĂ VENITURI SAU ALTE CATEGORII DE PERSOANE PREVĂZUTE LA ART.180 DIN CODUL FISCAL

Sub sancțiunile aplicate faptei de fals în acte publice, declar pe proprie răspundere că, începând cu data de

z	z	l	l	a	a

- Realizez venituri de natura celor prevăzute la art.155 din Codul fiscal
- Mă încadrez în una din categoriile de persoane exceptate de la plata contribuției de asigurări sociale de sănătate prevăzute la art.154 alin.(1) din Codul fiscal
- Mă încadrez în una din categoriile de persoane pentru care plata contribuției de asigurări sociale de sănătate se suportă din alte surse, prevăzute la art.153 alin.(1) lit.g) - o) 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