

Nr. înregistrare.....
Data/...../.....**DECIZIE DE ANULARE**
A DECIZIEI PRIVIND STABILIREA DIN OFICIU
a contribuției de asigurări sociale și a contribuției de
asigurări sociale de sănătate pentru persoane fizice
pe anul _____**Către:**Nume: _____
Prezume: _____
Domiciliul fiscal: Localitate: _____
Str. _____
Nr. _____ Bl. _____ Sc. Etaj Ap. _____
Judet/sector: _____**Cod de identificare fiscală:**

Având în vedere dispozițiile art. 94 alin.(2) și ale art.107 alin.(5) din Legea nr. 207/2015 privind Codul de procedură fiscală, cu modificările și completările ulterioare, vă comunicăm că, Decizia privind stabilirea din oficiu a contribuției de asigurări sociale și a contribuției de asigurări sociale de sănătate pentru persoane fizice nr...../.....a fost anulată ca urmare a depunerii Declarației unice privind impozitul pe venit și contribuțiile sociale datorate de persoanele fizice, potrivit legii/documentelor care atestă faptul că nu aveți obligativitatea achitării contribuției 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:	Verificat:	Întocmit:	Am primit un exemplar,
Funcție.....	Funcție.....	Funcție.....	Semnătură contribuabil
Nume, prenume.....	Nume, prenume.....	Nume, prenume	Data...../...../.....
Data	Data.....	Data	sau Nr. și data confirmării de primire.....

*) Se menționează denumirea organului fiscal emitent.