

**Sigla
DGRFP**

Agencia Națională de Administrare Fiscală
Direcția Generală Regională a Finanțelor Publice _____
Unitatea fiscală *) _____

610

Nr. înregistrare.....

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

**DECIZIE DE IMPUNERE PRIVIND STABILIREA
contribuției de asigurări sociale și a contribuției de asigurări sociale de sănătate pentru persoane fizice
pe anul _____**

Către:

Nume: _____

Prenume: _____

Domiciliul fiscal: Localitate: _____

Str. _____

Nr. _____ Bl. _____ Sc. _____ Etaj _____ Ap. _____

Județ/sector: _____

Cod de identificare fiscală:

În baza art. 148 alin. (3), art. 151 alin. (1) și alin. (2), art. 170 alin. (4) și a art. 174 alin. (1) și alin. (2) din Legea nr. 227/2015 privind Codul fiscal, cu modificările și completările ulterioare, precum și a Declarației privind venitul asupra căruia se datorează contribuția de asigurări sociale și cu privire la încadrarea veniturilor realizate în plafonul minim pentru stabilirea contribuției de asigurări sociale de sănătate, se stabilesc contribuția de asigurări sociale și/sau contribuția de asigurări sociale de sănătate datorate, după cum urmează:

I. Stabilirea obligațiilor de plată cu titlu de contribuții de asigurări sociale și contribuții de asigurări sociale de sănătate:

Denumire indicator	Decizie anterioară	Decizie curentă
Total venit bază de calcul CAS** (anexa)		
Total CAS (anexa)		
Total bază de calcul CASS*** (anexa)		
Total CASS (anexa)		

**) contribuție de asigurări sociale

***) contribuție de asigurări sociale de sănătate

II. Repartizarea contribuției de asigurări sociale și a contribuției de asigurări sociale de sănătate pe termene de plată

Termen de plată	Decizie anterioară		Decizie curentă	
	Obligații de plată		Obligații de plată	
	CAS	CASS	CAS	CASS
TOTAL				

Pentru obligațiile de plată stabilite prin prezenta, neachitate până la termenele arătate mai sus, se vor calcula obligații fiscale accesorii, conform legii.

Decizia de impunere din oficiu reprezintă titlu de creanță și constituie înștiințare de plată, conform legii. Prezenta decizie poate fi contestată în termen de 45 de zile de la data comunicării, sub sancțiunea decăderii, potrivit art.268, 270 și 272 din Legea nr. 207/2015 privind Codul de procedură fiscală, cu modificările și completările ulterioare, la organul fiscal competent.

Date necesare efectuării plății contribuției de asigurări sociale și a contribuției de asigurări sociale de sănătate		
Obligații de plată	CAS	CASS
Beneficiar		
Cod de identificare fiscală beneficiar		
Contul de venituri bugetare corespunzător obligației de plată		
Codul IBAN aferent contului de venituri bugetare		
Explicații		
Suma (lei)		

*) Se menționează denumirea organului fiscal emitent.

Număr de operator de date cu caracter personal

PROIECT

Informații privind modalitățile de plată a contribuției de asigurări sociale și a contribuției de asigurări sociale de sănătate:

Achitarea sumelor datorate bugetului de asigurări sociale de stat și bugetului Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate, poate fi efectuată prin una dintre următoarele modalități:

- în **numerar**, la unitatea Trezoreriei statului.....;
- prin intermediul **cardurilor bancare**, prin POS-urile instalate la unitățile teritoriale ale Trezoreriei statului sau în sistem online prin intermediul Sistemului Național Electronic de Plăți, disponibil la adresa de internet www.ghiseul.ro;
- prin **mandat poștal**, la subunitățile poștale ale C.N.Poșta Română S.A.;
- prin **virament, utilizând ordinul de plată**, din contul propriu deschis la o instituție de credit din România (bancă), inclusiv cel emis prin sisteme de plată electronică de tip „Internet banking”;
- prin **virament, utilizând contul tranzitoriu** deschis pe numele Ministerului Finanțelor Publice. Nomenclatorul conturilor de venituri bugetare în care pot fi achitate sume prin intermediul contului tranzitoriu de către persoanele fizice se regăsește pe site-ul Agenției Naționale de Administrare Fiscală, www.anaf.ro.

Aprobat:

Funcție _____

Nume/Prenume

Data __/__/__

Verificat:

Funcție _____

Nume/Prenume

Data __/__/__

Întocmit:

Funcție _____

Nume/Prenume

Data __/__/__

Am primit un exemplar

Semnătură contribuabil _____

Data __/__/__ sau numărul și data

confirmării de primire