



**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.	Judet/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.						
Judet/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 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