ANAF
Agenția Națională de Administrare Fiscală

602

DECLARAȚIE PE PROPRIA RĂSPUNDERE

pentru exceptarea de la plata contribuției de asigurări sociale de sănătate a persoanelor fizice care realizează venituri din cedarea folosinței bunurilor

I. DATE DE IDENTIFICARE A CONTRIBUABILULUI

Nume				Inițiala tatălui		Cod de identificare fiscală
Prenume						
						Pașaport/Carte de identitate
Strada				Număr		Seria Nr.
Bloc	Scara	Etaj	Ap.	Județ/Sector		Banca
						Cont bancar (IBAN)
Localitate			Cod poștal			
Telefon			Fax		E-mail	
Țara						

II. DATE DE IDENTIFICARE A ÎMPUTERNICITULUI

Nume, prenume/Denumire					Cod de identificare fiscală	
Strada					Număr	Bloc	Scară	Etaj	Ap.
Județ/Sector		Localitate			Cod poștal	
Nr. /data act împuternicire		Telefon			E-mail	
		Fax				

*) Anexa nr. 2 este reprodusă în facsimil.

III. DATE PRIVIND EXCEPTAREA DE LA PLATA CONTRIBUȚIEI DE ASIGURĂRI SOCIALE DE SĂNĂTATE

Sub sancțiunile aplicate faptei de fals în acte publice, declar pe propria răspundere că:

☐ Dețin o asigurare socială de sănătate încheiată pe teritoriul altui stat membru al Uniunii Europene, Spațiului Economic European și Confederației Elvețiene sau în statele cu care România are încheiate acorduri bilaterale de securitate socială cu prevederi pentru asigurarea de boală-maternitate, în temeiul legislației interne a statelor respective care produce efecte pe teritoriul României.

☐ Am domiciliul ori reședința într-un stat cu care România nu are încheiate acorduri privind sistemele de securitate socială sau care nu intră sub incidența legislației europene aplicabile în domeniul securității sociale și nu beneficiez de prelungirea dreptului de ședere temporară în România pentru o perioadă mai mare de 90 de zile.

Anexez la prezenta următoarele documente justificative eliberate de instituția competentă din statul în care a fost încheiată asigurarea, care atestă calitatea de asigurat în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, precum și perioadele de asigurare în statul de reședință/alt stat, însoțite de traduceri în limba română certificate de traducători autorizați, potrivit prevederilor Codului de procedură fiscală.

.....
.....
.....
.....

Având în vedere că sunt asigurat pentru asigurările sociale de sănătate în statul de reședință/alt stat....., solicit exceptarea de la plata contribuției de asigurări sociale de sănătate pentru veniturile realizate din cedarea folosinței bunurilor din România începând cu data de (zi/lună/an).....

Prin prezenta mă oblig să anunț, în termen de 15 zile calendaristice, organul fiscal competent cu privire la orice schimbare care va surveni în cele declarate mai sus.

Sub sancțiunile aplicate faptei de fals în acte publice, declar că datele din această declarație sunt corecte și complete.

Semnătură contribuabil		Semnătură împuternicit	

Loc rezervat organului fiscal			
	Nr. înregistrare		Data:

Număr de operator de date cu caracter personal .....
Cod 14.13.03.04