

**Sigla
DGRFP**

Agencia Națională de Administrare Fiscală

Direcția Generală Regională a Finanțelor Publice _____

Unitatea fiscală _____

Nr. înregistrare.....

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

Către

Cod de identificare fiscală.....

Str. nr., bloc, sc.....,
et., ap., județ/ sector ,
localitate, cod poștal

**Notificare privind nedeclararea contribuției de asigurări sociale
și a contribuției de asigurări sociale de sănătate datorate de persoanele fizice**

☐ CAS*

☐ CASS**

Stimată/e doamnă/domn, vă aducem la cunoștință că, potrivit evidențelor noastre, ați realizat venituri anuale cumulate ***

☐ care depășesc plafonul de 12 salarii minime brute pe țară și aveți obligația declarării contribuției de asigurări sociale

☐ asimilate salariilor pentru activitatea desfășurată în străinătate și aveți obligația declarării CAS și/sau CASS

☐ din activități independente și aveți obligația declarării contribuției de asigurări sociale de sănătate

☐ care depășesc plafonul de 6 salarii minime brute pe țară și aveți obligația declarării contribuției de asigurări sociale de sănătate

☐ din pensii din străinătate și aveți obligația declarării CASS

în Declarația unică privind impozitul pe venit și contribuțiile sociale datorate de persoanele fizice, pentru perioada

Neîndeplinirea la termen a obligațiilor de declarare prevăzute de lege se sancționează cu amendă contravențională, prevăzută la art.336 alin.(3) din Legea nr.207/2015 privind Codul de procedură fiscală, cu modificările și completările ulterioare.

Nedepunerea declarației, în termen de 20 zile de la primirea prezentei notificări, atrage stabilirea din oficiu a obligației de plată, potrivit art.107 alin.(1) din Legea nr.207/2015 privind Codul de procedură fiscală, cu modificările și completările ulterioare.

Totodată, vă rugăm să vă prezentați, în termen de 7 zile de la data primirii prezentei notificări, în vederea audierii, conform prevederilor art.9 din Codul de procedură fiscală.

Pentru informații suplimentare în legătură cu această notificare, persoana care poate fi contactată este dna/dl....., la sediul nostru sau la numărul de telefon, între orele.....-.....

În speranța că veți da curs solicitării noastre, vă mulțumim.

În situația în care ați îndeplinit obligațiile declarative, vă rugăm să nu dați curs prezentei.

Conducătorul unității fiscale,
Numele și prenumele.....

Șeful compartimentului,
Numele și prenumele.....

*Contribuția de asigurări sociale

**Contribuția de asigurări sociale de sănătate

***Se bifează cazurile enumerate, în funcție de situația fiscală concretă a contribuabilului.

PROJECT