 **Nr. ………………. /20………**

**CERERE PRIVIND ACORDAREA FACILITĂȚILOR FISCALE**

**-PERSOANE JURIDICE-**

CĂTRE

DIRECȚIA ECONOMICĂ-VENITURI

Subscrisa.……………………….......................................................………….………………………...., CUI.………………………………., cu sediul în România, județul ……………………., codul poștal ……………….., municipiul …………………….., sectorul ………….., str. ………………………, nr. ……………, bl. ……, sc. ……, et. ………, ap. ………., telefon/fax …………………., e-mail ……………………….……., reprezentată prin ................………………………, în calitate de administrator/proprietar/mandatar, cu domiciliul în România, județul ………….……………….., codul poștal …………………………, municipiul…………….……………., sectorul ……, str. ……………………., nr. …………., bl. …., sc………, et…., ap…., identificat prin C.I. seria …………., nr. ………………, solicit, prin prezenta, scutirea la plata impozitelor și taxelor locale, bifând după caz:

* imobilele (clădire/teren), proprietăți publice sau private a statului sau a unităților administrativ-teritoriale, cu excepția încăperilor folosite pentru activitățile economice sau agrement, altele decât cele desfășurate în relație cu persoane juridice de drept public;
* bunurile aparținând unităților sanitare publice/private (clădire și teren, după caz);
* imobilele asociațiilor sau fundațiilor non-profit;
* imobilele organizațiilor neguvernamentale și întreprinderilor sociale ca furnizori de servicii sociale;
* clădirile folosite pentru desfășurarea de activități sportive, inclusiv clădirile care asigură funcționarea bazelor sportive;
* clădirile în care funcționează cabinete de medicină de familie, potrivit legii, cu excepția încăperilor folosite pentru altă activitate decât cea de medicină de familie;
* alte facilități fiscale…………………………………………………………………………………

Anexez prezentei cereri următoarele documente doveditoare, după caz:

* certificatul de înregistrare fiscală (copie);
* actul de dobândire a dreptului de proprietate (copie);
* actul în baza căruia cabinetul medical utilizează/deține clădirea (copie);
* certificat de identitate sportivă (copie);
* actul de înființare al cabinetului medical (copie);
* autorizația sanitară de funcționare emisă de DSP-BN (copie);
* actul de înființare al organizației, statutul organizației (copie);
* aviz de unitate sanitară (copie);
* alte documente justificative………………………………………………………………………

Telefon…………………………………

Data…………………………………… Semnătura..................................................................