

Către ,

Timp estimat de completare: 4 minute

Primăria municipiului Oradea,

Direcția Economică

Subsemnatul/Subscrisa \_\_\_\_\_ avand  
CNP/CUI, \_\_\_\_\_ cu domiciliul/sediul in  
\_\_\_\_\_, str. \_\_\_\_\_, nr. \_\_\_\_\_,  
ap \_\_\_\_\_ în calitate de proprietar al imobilului situat în Oradea,  
str. \_\_\_\_\_, nr. \_\_\_\_\_, bl. \_\_\_\_\_, ap. \_\_\_\_\_;

Prin prezenta solicit acordarea scutirii conform art.456 lit.h Cod Fiscal, de la plata impozitului pentru clădirea de mai sus, în care funcționează potrivit actului de proprietate/închiriere / comodat / folosință cu nr. \_\_\_\_\_ din data \_\_\_\_\_ .cabinet de medicină de familie \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_, avand CUI \_\_\_\_\_ si cod CAEN \_\_\_\_\_ .

În vederea acordării scutirii precizez că, suprafața spațiului destinat activității de medicină de familie este de \_\_\_\_\_ mp., iar cea a încăperii folosite pentru activități altele decât cea de medicină de familie este de \_\_\_\_\_ mp.

Totodată declar pe proprie răspundere că datele înscrise în prezenta cerere , precum și orice documente anexate, depuse de mine, sunt corecte, complete si conforme cu realitatea.

Anexez prezentei următoarele documente:

- Certificatul de avizare a cabinetului medical nr. \_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_ (Colegiul Medicilor); sau
- Certificatul de Înregistrare \_\_\_\_\_ (Direcția de Sănătate Publică);

Oradea la,

Semnătura

\_\_\_\_\_