ANEXA 1.2

(față)

Nr. |_|_|_|_|_|_| din ziua|_|_|, luna |_|_|, anul |_|_|_|_|

DECLARAȚIE inițială [] rectificativă []
privind evidența nominală a asiguraților și a obligațiilor de plată către bugetul asigurărilor sociale de stat
pentru luna |_|_| anul |_|_|_|_|

Data stabilită pentru lichidarea drepturilor salariale: zi __, lună __, an ___

COD CAEN: |_|_|_|_|

A. Denumire angajator: [][][][][][][][][][][][][][][] CNP: [][][][][][][][]

B. CUI(Cod fiscal):[][] C. Nr. inreg.Reg.Com.[][][]/[][][]/[] D. Nr.mediu asig.[][]

E. Total fond salarii brute realizate:	[][][][][]	I. Total bază de calcul a contribuției la BASS aferentă indemnizațiilor conform OUG. nr. 158/2005,	[][][][][]
din care:		din care:	
F. În condiții normale de muncă:	[][][][][]	J. În condiții normale de muncă:	[][][][][]
G. În condiții deosebite de munca:	[][][][][]	K. În condiții deosebite de muncă:	[][][][][]
H. În condiții speciale de muncă:	[][][][][]	L. În condiții speciale de muncă:	[][][][][]

M. Total contribuții individuale de asigurări sociale de virat: [][][][][][]

N. Total CAS datorată de angajator conform. Legii nr. 19/2000: [][][][][][]

O. Total CAS datorată de angajator conform OUG. nr. 158/2005, modificată și completată [][][][][][]

P. Ajutoare de deces de suportat din Bugetul Asigurărilor Sociale de Stat: număr cazuri [][][][][]sumă:[][][][][][]

Q. Total CAS angajator de virat: [][][][][][]

R. Contribuție de asigurări pentru accidente de muncă și boli profesionale, datorată de angajator (Legea nr. 346/2002, modificată și completată): DA NU dato [ ][ ] reză pro [],[][]cent sumă:[][][][][]

S. Total cuantum prestații de asigurări sociale suportate din FAAMBP (Legea nr. 346/2002, modificată și completată):

	Număr cazuri	Nr. total zile prestații	Cuantum total indemnizație accidente de muncă	din care suma din FAAMBP
s1 Indemnizație pentru incapacitate temporară de muncă datorată accidentelor de muncă și bolilor profesionale	|_|_|_|	|_|_|_|_|	|_|_|_|_|_|_|	|_|_|_|_|

s2 Indemnizaţie pentru trecerea temporară in alt loc de muncă datorată accidentelor de muncă şi bolilor profesionale |_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_|_|_| |_|_|_|_|

s3 Indemnizaţie pentru reducerea timpului de lucru datorată accidentelor de muncă şi bolilor profesionale |_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_|_|_| |_|_|_|_|

s4 Indemnizaţie pe durata cursurilor de calificare şi reconversie profesională |_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_|_|_| |_|_|_|_|

T. Contribuţia la asigurările sociale de sănătate conform Legii nr. 95/2006, art. 260 alin. 3 Total: |_|_|_|_|_|_|_|

U. Contribuţia pentru concedii şi indemnizaţii cf. art. 6, alin. (7) din OUG. nr. 158/2005, modif. şi completată, suportată din FAAMBP |_|_|_|_|_|

V. Contribuţie de asigurări pentru accidente de muncă şi boli profesionale, de virat (Legea nr. 346/2002, modificată şi completată): |_|_|_|_|_|_|

(verso)

W. Adresa angajator:

Localitatea: |_|_|_|_|_|_|_|_| strada: |_|_|_|_|_|_|_|_|+_

Nr. |_|_|_|_|_| Bl. |_|_|_|Sc.|_||_|Et.|_|_| Ap.|_|_||_|Tel.|_|_|_|_|

Judet |_|_|_|_|_|_|/Sector:|_|_|E-mail: |_____|

Sub sancţiunile aplicate falsului in acte publice, declar că am examinat această declaraţie şi in conformitate cu informaţiile furnizate, o declar corectă şi completă

Numele _____ Prenumele _____ Data _____

Functia*) _____

*) Director General sau altă persoană autorizată Semnătura şi stampila

_____

Nr. total de file ANEXA 1.1:|_|_|_|

Declaraţie nominală pe suport magnetic [] Nr.dischete/CD-ROM: [][]
Declaraţie nominală transmisă pe cale electronică []

Verificat corectitudinea fişierelor: Nume :_____
Semnătura _____