

CASA DE ASIGURARI A AVOCATILOR DIN ROMANIA FILIALA VRANCEA

Adresa : Str.Cuza-Voda, nr.6, ap.1-2
Focsani
Tel.: 0237 215 631
Fax: 0237 215 631

DECLARATIE

Subsemnatul(a)

Nume _____ Prenume _____
Nr.Legitimatie _____ Cod Numeric Personal _____
titular (membru) al CABINETULUI INDIVIDUAL (SOCIETATII CIVILE
PROFESIONALE) _____, avand
in vedere dispoz. art. 190, art. 191, art. 197 alin. 1 si 2 si art. 198 alin. 1 si 2 din
STATUTUL PROFESIEI DE AVOCAT si luand cunostinta si de art. 23 alin.5, art 25 alin.
1,2 si 3 si art. 29 din STATUTUL CASEI DE ASIGURARI A AVOCATILOR , privind
cota minima si maxima obligatorie, stabilite de UNIUNEA NATIONALA A
BAROURILOR DIN ROMANIA – declar pe proprie raspundere si sub sanctiunea
prevederilor legale sus indicate ca :

1). – prin exercitarea profesiei :

- am realizat in luna _____ anul _____ un venit brut total de
_____ lei (necesar pentru calcularea venitului brut lunar pe profesie, in
functie de care se fac calculele tuturor drepturilor de asigurari sociale) – din care pentru
un venit brut de lei _____ (realizat de pana in maximul stabilit de U.N.B.R.
pentru luna suszisa) platesc contributia de 10%, respectiv de _____ lei.

2). – nu am realizat venituri, motiv pentru care, pe luna _____,
anul _____ platesc cota minima obligatorie stabilita de U.N.B.R. pentru luna suszisa,
respectiv de lei _____.

Data :

DECLARANT,
av. definitiv/stagiar