



ANGAJAMENT DE PLATĂ

Subsemnata/Subsemnații,, beneficiară/beneficiari
a/ai Programului social de interes național de susținere a cuplurilor și a persoanelor singure, pentru
creșterea natalității, având nr. de înregistrare în program, născut(ă) la data
de în localitatea, sectorul/județul domiciliat(ă)
în, str. nr., bl., sc., et., ap., sectorul/județul
....., posesorul/posesoarea buletinului/cărții de identitate seria nr.,
eliberat(ă) de la data de, cod numeric personal
.....,

având în vedere:

- Hotărârea Guvernului nr. 1.103/2022 pentru aprobarea Programului social de interes național de susținere a cuplurilor și a persoanelor singure, pentru creșterea natalității, cu modificările și completările ulterioare;
 - Ordinul ministrului muncii, familiei, tineretului și solidarității sociale nr. 1.175/2025 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Programului social de interes național de susținere a cuplurilor și a persoanelor singure, pentru creșterea natalității;
 - că am beneficiat de sprijinul financiar acordat prin programul mai sus menționat;
 - imposibilitatea de a continua acest program din motive personale, imputabile,
- îmi asum/ne asumăm prezentul:

ANGAJAMENT DE PLATĂ

prin care sunt/suntem de acord și mă oblig/ne obligăm, în termenele și condițiile stabilite de art.
33 și 34 din Normele metodologice de aplicare a Programului social de interes național de
susținere a cuplurilor și a persoanelor singure, pentru creșterea natalității, aprobate prin Ordinul
ministrului muncii, familiei, tineretului și solidarității sociale nr. 1.175/2025, să plătesc/să plătim
suma de lei reprezentând (debit principal și accesorii) în contul
Ministerului Muncii, Familiei, Tineretului și Solidarității Sociale, cu sediul în str. Dem. I.
Dobrescu nr. 2-4, sectorul 1, București, tel. +4(0) 31 403 21 21, CUI 45340622 și cont deschis la
Direcția de Trezorerie a Municipiului București - IBAN

Data: .../.../.....

NUME ȘI PRENUME

Semnătura celui ce se angajează la plată