

## NYILATKOZAT

### **házi orvos, védőnő vállalkozó adómentességének igénybevételéhez**

.....év

Adózó neve: .....

Szül. hely, idő: .....

Adószám: .....

Székhely: .....

Felelősségem tudatában nyilatkozom, hogy Tahitótfalu Önkormányzata Képviselő-testületének 22/2015 (XI.27.) számú rendelete 17 § (1) bekezdése szerinti helyi iparűzési adó alóli mentesség feltételeinek megfelelek, mert

- a vállalkozási szintű iparűzési adóalap az adóévben a 20 millió forintot nem haladta meg és
- a nettó árbevétel legalább 80%-a külön jogszabály alapján házi orvosi, házi gyermekorvosi, fogorvosi alapellátási vagy védőnői tevékenység végzésére vonatkozó, az egészségbiztosítási szervvel kötött finanszírozási szerződés alapján az Egészségbiztosítási Alapból származik.

....., .....(év) .....(hó).....(nap).

.....  
Adózó (képviselőjének) aláírása

**A nyilatkozat a bevallással együtt benyújtandó!**