



الجمهورية اللبنانية

وزارة المالية

الوزير

تعميم رقم: ١٥٧/١٥٧

تاريخ: ٢١ أيار ٢٠١٨

يتعلق بالرسم السنوي المقطوع

حيث إن القانون رقم ١٧٣/٢٠٠٠ المعدل بالقانون رقم ٢٠/٢٠١٧ فرض، ابتداءً من عام ٢٠١٨، رسماً سنوياً مقطوعاً يتوجب تسديده من قبل المكلفين الخاضعين لضريبة الباب الأول من قانون ضريبة الدخل،

وحيث إن هذا الرسم يفرض لقاء ممارسة أي من النشاطات الصناعية أو التجارية أو المالية أو المهنية وأياً كانت النتائج المالية لتلك النشاطات،

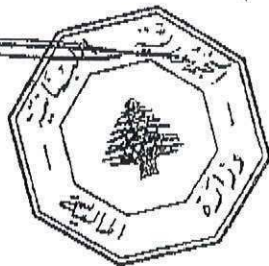
وحيث إن المكلفين الذين لم يزاولوا العمل فعلياً، صرّح بعضهم بتصريح عدم مزاوله العمل في حين أن البعض الآخر صرّح لا شيء، أو تم تكليفهم من قبل الوحدات الضريبية بغرامات الحد الأدنى لعدم التصريح عن عدم المزاوله أو عن تصاريح لا شيء،

وحيث إنه يقتضي مراعاة العدالة والمساواة بين المكلفين الذين لا يمارسون العمل فعلياً، بصرف النظر عن نموذج التصريح الذي يتقدمون به، بناءً على ما تقدم،

لا يتوجب على المكلفين الذين لم يزاولوا العمل فعلياً وتقديموا بالتصريح السنوي عن العام ٢٠١٧ بنتيجة أعمال لا شيء، أو تم تكليفهم من قبل الوحدات الضريبية بغرامة عدم تقديم ذلك التصريح، تسديد الرسم السنوي المقطوع، شرط التقدم بتعهد في مهلة أقصاها ٣٠/٩/٢٠١٨ أنهم لم يزاولوا العمل خلال سنة ٢٠١٧، وأنهم لن يزاولوه خلال سنة ٢٠١٨، وأنهم سوف يعلمون الإدارة الضريبية فور معاونتهم العمل.

تتحقق الإدارة الضريبية من واقعة عدم مزاوله العمل الفعلي لهؤلاء المكلفين وتتخذ ما يلزم لتمكينهم من تقديم تصريح عدم مزاوله العمل إلكترونياً اعتباراً من العام ٢٠١٨.

وزير المالية
علي حسن خليل



مرفق: نموذج التعهد

تعهد خاص من صاحب مهنة / مؤسسة

اسم المكلف: _____ الرقم الضريبي الشخصي: _____

اسم المهنة/المؤسسة: _____ الرقم الضريبي للمهنة/المؤسسة: _____

أنا الموقع أدناه أقر وأتعهد بأنني لم أزل العمل أو المهنة بصفة مستقلة خلال العام ٢٠١٧، من خلال هذه المهنة/المؤسسة كما أنني لن أزاله خلال العام ٢٠١٨ بسبب.....

وأني سوف أعلم الإدارة الضريبية فور معاونتي مزاولة العمل.

التاريخ:/...../.....
اليوم الشهر السنة

الإيدم: _____

الصفة

التوقيع: _____

تعهد خاص بالشركات

اسم الشركة:

الرقم الضريبي للشركة:

مقدم العهد:

أنا الموقع أدناه أقر بأن الشركة لم تتناول العمل خلال العام ٢٠١٧ كما أنها لن تتناوله خلال العام ٢٠١٨ بسبب

وهي تتعهد أن تعلم الإدارة الضريبية فور معاودة مزاوله العمل.

التاريخ:/...../.....
 اليوم الشهر السنة

الإسم:

الصفة:

التوقيع: