|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | OKRESNÝ ÚRAD ......................................  odbor živnostenského podnikania  ........................................................................ | |
| **Oznámenie o ukončení podnikania** | | | | | | |
| **Obchodné meno:** | | | | | | |
| **Identifikačné číslo (IČO):** | | | **Rodné číslo  *(iba u FO)*:** | | | |
| ***Fyzická osoba*** *(podnikateľ) označí obchodné meno zdravotnej poisťovne, v ktorej je prihlásená na povinné zdravotné poistenie:* | | | | | | |
| *Všeobecná zdravotná poisťovňa, a. s. Dôvera zdravotná poisťovňa, a. s.*  *Union zdravotná poisťovňa, a. s. Zdravotná poisťovňa mimo SR* | | | | | | |
| Podľa § 57 ods. 1 písm. g) zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov oznamujem ukončenie podnikania: | | | | | | |
| ***vo všetkých predmetoch podnikania uvedených na doklade o živnostenskom oprávnení:* 1)** | | | | | | |
| vydané pod číslom: | dňa | Okresným úradom\* | | | | |
|  |  |  | | | | |
|  |  |  | | | | |
|  |  |  | | | | |
|  |  |  | | | | |
|  |  |  | | | | |
|  |  |  | | | | |
| **ku dňu** **...................................2)** | | | | | | |
| ***iba u nasledovných predmetov podnikania uvedených na doklade o živnostenskom oprávnení:1)*** | | | | | | |
| vydané pod číslom: | dňa | Okresným úradom \* | | | | |
|  |  |  | | | | |
|  |  |  | | | | |
| *predmet podnikania:* | | | | |  | |
|  | | | | |  | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |

**ku dňu ...............................2)**

**Právnická osoba označí, či žiada príslušné zmeny oznámiť správcovi dane:** *Áno Nie*

Dátum: .................................

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

podpis oprávnenej osoby (osôb)