|  |  |
| --- | --- |
|   | 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)