|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | | | OKRESNÝ ÚRAD ...................................  odbor živnostenského podnikania  ..................................................................... |
| **Oznámenie o pozastavení prevádzkovania živnosti**   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **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. 4 zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov oznamujem: | | | |
| 1. **o pozastavenie prevádzkovania živnosti**  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  | od: | do: |  | | | | |
| ***vo všetkých predmetoch podnikania uvedených na doklade o živnostenskom oprávnení: 1)*** | | | |
| vydané pod číslom: | dňa | Okresným úradom\* | |
|  |  |  | |
|  |  |  | |
|  |  |  | |
|  |  |  | |
|  |  |  | |
|  | | | |
| ***iba u nasledovných predmetov podnikania uvedených na doklade o živnostenskom oprávnení: 1)*** | | | |
| vydané pod číslom: | dňa | Okresným úradom\* | |
|  |  |  | |
|  |  |  | |
| predmet podnikania: | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
| **Poznámka:**  *Doba pozastavenia nemôže trvať kratšie ako šesť mesiacov a dlhšie ako tri roky.*  *Účinky pozastavenia živnostenského oprávnenia nastávajú dňom doručenia oznámenia o pozastavení prevádzkovania živnosti živnostenskému úradu, alebo ak je v oznámení uvedený neskorší deň, týmto dňom.* | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **II. o zmene obdobia pozastavenia prevádzkovania živnosti na obdobie:**   |  |  |  | | --- | --- | --- | |  | od: | do: | |

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

Dátum ........................................

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

podpis oprávnenej osoby