|  |  |
| --- | --- |
|  | 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