

vyplní úrad

OBVODNÝ ÚRAD
odbor živnostenského podnikania

OZNÁMENIE

o pozastavení prevádzkovania živnosti

obchodné meno:	
identifikačné číslo (IČO):	rodné číslo (iba u FO):
Fyzická osoba (podnikateľ) uvedie obchodné meno zdravotnej poisťovne, v ktorej je prihlásená na povinné zdravotné poistenie:	

podľa § 57 ods. 4, zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov, oznamujem:

I. o pozastavení prevádzkovania živnosti

a)

na dobu..... mesiacov

b)

od:

do:

Poznámka: Vypĺňa sa iba jedna alternatíva a) alebo b). Doba pozastavenia nemôže trvať kratšie ako šesť mesiacov a dlhšie ako tri roky. Účinky dočasnej straty živnostenského oprávnenia nastávajú dňom doručenia oznámenia o pozastavení prevádzkovania živnosti živnostenskému úradu, alebo, ak je v oznámení uvedený neskorší deň, týmto dňom.

V prípade pozastavenia vybraného predmetu podnikania je potrebné predmet vypísať:

II. o zmene obdobia pozastavenia prevádzkovania živnosti na obdobie

od:

do:

Podpis oprávnenej osoby (oprávnených osôb): _____

vyplní úrad **OBVODNÝ ÚRAD**, odbor živnostenského podnikania

- Účinky pozastavenia prevádzkovania živnosti:

od:

do:

- Správny poplatok 4 €, zaplatený

_____ podpis