

vyplní úrad

**OBVODNÝ ÚRAD**  
**odbor živnostenského podnikania**

**OZNÁMENIE**  
**o ukončení podnikania**

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

podľa § 57 ods.1 písm. g), zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov, oznamujem ukončenie podnikania:

<b>vo všetkých predmetoch podnikania uvedených na osvedčení o živnostenskom oprávnení</b>		
osvedčenie o živnostenskom oprávnení č.	vydaný dňa	dátum ukončenia podnikania *

<b>iba u nasledovných predmetov podnikania uvedených na osvedčení o živnostenskom oprávnení</b>		
osvedčenie o živnostenskom oprávnení č	predmet podnikania	dátum ukončenia podnikania

**Právnická osoba, môže súčasne požiadať o oznámenie zmien správcovi dane:**

*áno*  
*nie*

Dátum: .....

\_\_\_\_\_ podpis oprávnenej osoby (osôb)

Vyplní : Obvodný úrad ..... odbor živnostenského podnikania  
Živnostenské oprávnenie zaniká dňom: .....

Dátum: .....

\_\_\_\_\_ podpis pracovníka obvodného úradu

\* Dátum ukončenia podnikania je dňom zániku živnostenského oprávnenia (§ 57 ods. 1 písm. g) živnostenského zákona) - podnikateľskú činnosť už nie je možné vykonávať.

**Ohlásenie ukončenia podnikania možno vziať späť najneskôr v deň , ktorý predchádza dňu zániku živnostenského oprávnenia. (§ 57 ods.3 živnostenského zákona)**