Žiadateľ:

IČO:

Č. telefónu:

Zdravotná poisťovňa:

 Mesto Šaštín-Stráže

 Alej 549

 908 41 Šaštín-Stráže

 v Šaštíne-Strážach dňa................................

Vec: **Žiadosť o zrušenie registrácie samostatne hospodáriaceho roľníka v zmysle zákona č. 219/1991 Zb.**

**Žiadam o zrušenie zápisu evidencia SHR:**

Číslo jednania:

Priezvisko a meno:

Rodné číslo:

Adresa bydliska:

Obchodný názov:

Adresa podnikania:

Dátum ukončenia podnikania:

Prevažujúca činnosť SHR (vyznačiť len jednu prevažujúcu:

a)

b)

c)

 ..........................................................

 podpis žiadateľa