Žiadateľ:

IČO:

Č. telefónu:

Zdravotná poisťovňa:

Email:

Číslo osvedčenia:

Mesto Šaštín-Stráže

Alej 549

908 41 Šaštín-Stráže

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

Vec: **Žiadosť o dočasné pozastavenie činnosti SHR**

Priezvisko a meno:

Dátum narodenia:

Rodné číslo:

Adresa bydliska:

Obchodný názov:

Adresa podnikania:

Dátum začatia pozastavenia činnosti SHR:

Dátum ukončenia pozastavenej činnosti SHR:

Prevažujúca činnosť SHR:

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

Podpis žiadateľa

Prílohy: