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: