

VZOR

Obchodné meno zdravotnej poisťovne:

IČO:

Stav ku dňu:

**HLÁSENIE O ZMENÁCH OBCHODNO-FINANČNÉHO PLÁNU**

<b>Predmet zmeny<sup>1)</sup></b>	<b>Dátum účinnosti</b>

<sup>1)</sup> Predmet zmeny obchodno-finančného plánu možno nahradiť predložením zmeneného obchodno-finančného plánu.

Odoslané dňa:	Osoba zodpovedná za vypracovanie výkazu: (meno, priezvisko, podpis)  Osoba zodpovedná za výkaz: (meno, priezvisko, podpis)  Podpis štatutárneho zástupcu:  Odtlačok pečiatky:	Telefonický kontakt:
---------------	---	----------------------