

**VZOR**  
**HLÁSENIE O ZMENÁCH OBCHODNO-FINANČNÉHO PLÁNU**

Obchodné meno zdravotnej poisťovne:

IČO:

Stav ku dňu:

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

Odoslané dňa:	Osoba zodpovedná za vypracovanie hlásenia: (meno, priezvisko, podpis)  Osoba zodpovedná za hlásenie: (meno, priezvisko, podpis)  Štatutárny zástupca: (meno, priezvisko a podpis povereného člena štatutárneho orgánu)  Odtlačok pečiatky:	Telefonický kontakt:
---------------	--	----------------------

Vysvetlivka:

<sup>1)</sup> Možno nahradiť predložením zmeneného obchodno-finančného plánu.