

VZOR

Obchodné meno zdravotnej poisťovne:

IČO:

Stav ku dňu:

HLÁSENIE O ZMENÁCH OBCHODNO-FINANČNÉHO PLÁNU

Predmet zmeny¹⁾	Dátum účinnosti

¹⁾ 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:
---------------	---	----------------------