

VZOR
HLÁSENIE O ZMENÁCH OBCHODNO-FINANČNÉHO PLÁNU

Obchodné meno zdravotnej poisťovne:

IČO:

Stav ku dňu:

Predmet zmeny ¹⁾	Dátum účinnosti

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

Vysvetlivka:

¹⁾ Možno nahradiť predložením zmeneného obchodno-finančného plánu.