

## OZNÁMENIE



držiteľa podľa § 43 ods. 17 písm. b) zákona č. 595/2003 Z. z. o dani z príjmov v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon“) o výške nepeňažného plnenia a dátume jeho poskytnutia (ďalej len „oznámenie“)

Oznámenie podáva držiteľ podľa § 43 ods. 17 písm. b) zákona<sup>1)</sup> (ďalej len „držiteľ“) do pätnásteho dňa po uplynutí kalendárneho štvrtroka, v ktorom poskytol nepeňažné plnenie podľa § 43 ods. 3 písm. o) zákona poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti, jeho zamestnancovi alebo zdravotníckemu pracovníkovi (ďalej len „príjemca nepeňažného plnenia“). Toto oznámenie vystavuje vždy až konečný priamy poskytovateľ (držiteľ) posudzovaného nepeňažného plnenia.<sup>2)</sup>

**Číselné údaje sa zarovnávajú vpravo, ostatné údaje sa píše zľava. Nevyplnené riadky sa ponechávajú prázdne.**

Údaje sa vypĺňajú paličkovým písmom (podľa tohto vzoru), písacím strojom alebo tlačiarňou, a to čiernou alebo tmavomodrou farbou.

Á Ä B Č D É F G H Í J K L M N O P Q R Š T Ú V X Ý Ž 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

01 - Daňové identifikačné číslo <sup>3)</sup>	Štvrťrok	Rok
	za obdobie	

### Údaje o držiteľovi<sup>1)</sup>

#### Fyzická osoba

02 - Priezvisko	03 - Meno	04 - Titul (pred menom/za priezviskom) <sup>4)</sup>
		/

#### Právnická osoba

05 - Názov

#### Adresa trvalého pobytu (fyzická osoba) / Adresa sídla (právnická osoba)

06 - Ulica	07 - Súpisné/orientačné číslo
08 - PSČ	09 - Obec

Vypracoval	Dňa	Telefónne číslo
	. . 2 0	

Vyhlasujem, že všetky údaje uvedené v oznámení sú správne a úplné.	Podpis a odtlačok pečiatky držiteľa
Počet priložených strán	

#### Vysvetlivky k vyplneniu oznámenia:

- 1) Držiteľom je držiteľ registrácie lieku, držiteľ povolenia na veľkodistribúciu liekov, držiteľ povolenia na výrobu liekov, farmaceutická spoločnosť, výrobca zdravotníckej pomôcky, výrobca dietickej potraviny alebo tretia osoba, ktorý v kalendárnom štvrtroku poskytol nepeňažné plnenie príjemcovi nepeňažného plnenia.
- 2) V prípade, ak je konečným poskytovateľom (držiteľom) zahraničná osoba, ktorá nie je na území SR daňovníkom, ani platiteľom dane, podá oznámenie predchádzajúci držiteľ, ktorý je na území SR daňovníkom alebo platiteľom dane.
- 3) Fyzická osoba vyplňa len, ak jej daňové identifikačné číslo bolo pridelené.
- 4) Nepovinný údaj.
- 5) Uvedie sa adresa zdravotníckeho zariadenia, v ktorom príjemca nepeňažného plnenia - fyzická osoba poskytuje zdravotnú starostlivosť alebo vykonáva závislú činnosť zamestnanca.
- 6) Uvedie sa suma poskytnutého nepeňažného plnenia podľa § 43 ods. 3 písm. o) zákona v príslušnom kalendárnom štvrtroku. Ak držiteľ poskytol nepeňažné plnenie vo viacerých termínoch, údaje o nepeňažnom plnení sa uvedú na samostatnej strane, ktorá ak sa vyplňa, je súčasťou oznámenia.
- 7) Uvedie sa dátum poskytnutia nepeňažného plnenia v tvare DD.MM.RRRR.

#### Záznamy daňového úradu

--	--

Miesto pre evidenčné číslo

Odtlačok prezentačnej pečiatky daňového úradu

Daňové identifikačné číslo	Štvrťrok	Rok
_____	_____	_____
	za obdobie	



Strana \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

(uvedie sa poradové číslo strany z celkového počtu priložených strán k oznámeniu)

**Údaje o príjemcoch nepeňažného plnenia a o výške nepeňažného plnenia**

[10] - Daňové identifikačné číslo <sup>3)</sup>	[11] - Dátum narodenia (fyzická osoba)	1
_____	____.____.____	
<b>Fyzická osoba</b>		
[12] - Priezvisko	[13] - Meno	[14] - Titul (pred menom/za priezviskom) <sup>4)</sup>
_____	_____	____ / _____
<b>Právnická osoba</b>		
[15] - Názov	_____	
<b>Adresa zdravotníckeho zariadenia<sup>5)</sup></b>		
[16] - Ulica	[17] - Súpisné/orientačné číslo	
_____	_____	
[18] - PSČ	[19] - Obec	
_____	_____	
<b>Adresa sídla (právnická osoba)</b>		
[20] - Ulica	[21] - Súpisné/orientačné číslo	
_____	_____	
[22] - PSČ	[23] - Obec	
_____	_____	
Výška poskytnutého nepeňažného plnenia v eurách <sup>6)</sup> [24] _____ , _____	Dátum poskytnutia nepeňažného plnenia <sup>7)</sup> [25] ____.____.____	

[10] - Daňové identifikačné číslo <sup>3)</sup>	[11] - Dátum narodenia (fyzická osoba)	2
_____	____.____.____	
<b>Fyzická osoba</b>		
[12] - Priezvisko	[13] - Meno	[14] - Titul (pred menom/za priezviskom) <sup>4)</sup>
_____	_____	____ / _____
<b>Právnická osoba</b>		
[15] - Názov	_____	
<b>Adresa zdravotníckeho zariadenia<sup>5)</sup></b>		
[16] - Ulica	[17] - Súpisné/orientačné číslo	
_____	_____	
[18] - PSČ	[19] - Obec	
_____	_____	
<b>Adresa sídla (právnická osoba)</b>		
[20] - Ulica	[21] - Súpisné/orientačné číslo	
_____	_____	
[22] - PSČ	[23] - Obec	
_____	_____	
Výška poskytnutého nepeňažného plnenia v eurách <sup>6)</sup> [24] _____ , _____	Dátum poskytnutia nepeňažného plnenia <sup>7)</sup> [25] ____.____.____	