



GENERALI

La Vita



Generali Poistovňa, a.s., Lamačská cesta 3/A, 841 04 Bratislava, Slovenská republika, IČO 35 709 332, DIČ 2021000487. IČ DPH : SK2021000487, www.generali.sk zapísaná v obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I, oddiel: Sa, vložka č.: 1325/B. Spoločnosť patrí do skupiny Generali, ktorá je uvedená v talianskom zozname skupín poisťovní vedenom IVASS(dalej len „poisťovateľ“),

Poisťovateľ uzatvára s klientom životné poistenie. Poistná zmluva číslo: **2406660202**

A. POISTNÍK

Priezvisko/Názov firmy

ADOL s.r.o.

Meno

Titul

Rodné číslo/IČO

47242965

Ulica

Lahne

Číslo

511

PSČ

95122

Obec

Alekšince

Telefón / Mobilný telefón

E-mail

B. POISTENÉ OSOBY (1. POISTENÝ)SZČO áno niePohlavie muž žena

Priezvisko

Hrivňák

Meno

Milan

Titul

Mgr.

Rodné číslo/IČO Št. príslušnosť

Číslo OP alebo pasu

Povolanie

Riziková skupina pre povolanie (1,2,3,4)

1

SVK

Skladník

Miesto narodenia – mesto

Nitra

Miesto narodenia – kód štátu

SVK

Ulica

Dlhá

Číslo

855/40

PSČ

94901

Obec

Nitra

Telefón / Mobilný telefón

E-mail

Vykonávaný šport

Rekreačne Registrovane Profesionálne VRČ Áno Nie

žiadny

B. POISTENÉ OSOBY (2. POISTENÝ)SZČO áno niePohlavie muž žena

Priezvisko

Bihary

Meno

Jozef

Titul

Rodné číslo/IČO Št. príslušnosť

Číslo OP alebo pasu

Povolanie

Riziková skupina pre povolanie (1,2,3,4)

2

SVK

Robotník (nie výškové práce)

Miesto narodenia – mesto

Nitra

Miesto narodenia – kód štátu

SVK

Vykonávaný šport

Rekreačne Registrovane Profesionálne VRČ Áno Nie

žiadny

B. POISTENÉ OSOBY (3. POISTENÝ)		SZČO <input type="checkbox"/> áno <input checked="" type="checkbox"/> nie	Pohlavie <input checked="" type="checkbox"/> muž <input type="checkbox"/> žena	
Priezvisko	Meno	Titul		
Babický	Vladimír			
Rodné číslo/IČO	Št. príslušnosť	Číslo <input checked="" type="checkbox"/> OP alebo <input type="checkbox"/> pasu	Povolanie	Riziková skupina pre povolanie (1,2,3,4) 1
	SVK		Dôchodca	
Miesto narodenia – mesto	Nitra	Miesto narodenia – kód štátu	SVK	
Vykonávaný šport	Rekreačne <input type="checkbox"/> Registrovane <input type="checkbox"/> Profesionálne <input type="checkbox"/>	VRČ <input type="checkbox"/> Áno <input checked="" type="checkbox"/> Nie		
žiadny				

C. OPRÁVNENÉ OSOBY V prípade smrti poisteného má právo na plnenie:
V prípade neuvedenia oprávnenej osoby, má toto právo osoba určená podľa ustanovenia Občianskeho zákonníka.

D. VINKULÁCIA Áno Nie

E. INDEXÁCIA Áno Nie

F. ZAČIATOK POISTENIA (najskôr nasledujúci deň po dni uzatvorenia zmluvy) **27.02.2019**

G. RIZIKOVÉ POISTENIE	1. POISTENÝ		
	Poistná doba	Poistná suma	Ročné poistné
Smrť s konštantnou poistnou sumou (S)	10 rokov	330,00 €	3,27 €
Získavate krytie pre "Smrť s konštantnou poistnou sumou" vo výške 30% ZADARMO! Vaše krytie je:		429,00 €	
Smrť následkom úrazu s dvojnásobným plnením pri dopravnej nehode (SUD2)	10 rokov	5 000,00 €	8,75 €
Trvalé následky úrazu s progresívnym plnením od 0,001 % (TNP0)	10 rokov	5 000,00 €	15,25 €
Denná dávka pre prípad vážnejších úrazov so začiatkom plnenia od 15. dňa (DVU15)	10 rokov	5,00 €	30,00 €
Invalidita následkom úrazu v rozsahu nad 40% (IU)	10 rokov	2 000,00 €	2,74 €
Medicínska asistencia (MA)	ÁNO		

Výluka

Celkové ročné poistné za všetky dojednané riziká po zohľadnení zliav a prirážok za povolanie a športovú činnosť: **60,01 €**

G. RIZIKOVÉ POISTENIE	2. POISTENÝ		
	Poistná doba	Poistná suma	Ročné poistné
Smrť s konštantnou poistnou sumou (S)	10 rokov	330,00 €	7,81 €
Získavate krytie pre "Smrť s konštantnou poistnou sumou" vo výške 30% ZADARMO! Vaše krytie je:		429,00 €	
Smrť následkom úrazu s dvojnásobným plnením pri dopravnej nehode (SUD2)	10 rokov	5 000,00 €	13,15 €
Trvalé následky úrazu s progresívnym plnením od 0,001 % (TNP0)	10 rokov	5 000,00 €	22,90 €
Denná dávka pre prípad vážnejších úrazov so začiatkom plnenia od 15. dňa (DVU15)	6 rokov	5,00 €	45,00 €
Invalidita následkom úrazu v rozsahu nad 40% (IU)	6 rokov	2 000,00 €	4,12 €

Výluka

Celkové ročné poistné za všetky dojednané riziká po zohľadnení zliav a prirážok za povolanie a športovú činnosť: **92,98 €**

G. RIZIKOVÉ POISTENIE	3. POISTENÝ		
	Poistná doba	Poistná suma	Ročné poistné
Smrť s konštantnou poistnou sumou (S)	10 rokov	330,00 €	14,76 €
Získavate krytie pre "Smrť s konštantnou poistnou sumou" vo výške 30% ZADARMO! Vaše krytie je:		429,00 €	
Smrť následkom úrazu s dvojnásobným plnením pri dopravnej nehode (SUD2)	10 rokov	5 000,00 €	11,25 €
Trvalé následky úrazu s progresívnym plnením od 0,001 % (TNP0)	10 rokov	5 000,00 €	25,35 €
Denná dávka pri hospitalizácii následkom úrazu (HU)	10 rokov	5,00 €	4,00 €

Výluka

Celkové ročné poistné za všetky dojednané riziká po zohľadnení zliav a prirážok za povolenie a športovú činnosť: 55,36 €

H. PLATENIE POISTNÉHO

	Frekvencia platenia	ročne
Ročné poistné za všetky poistené osoby pred zľavou pred uplatnením medicínskej prirážky		208,35 €
	Ročné poistné po zľave	208,35 €
	Ročné poistné za medicínsku asistenciu	1,00 €
Ročné poistné za oslobodenie od platenia poistného v prípade invalidity poistníka		0 €
Ročné poistné za oslobodenie od platenia poistného v prípade úmrtia poistníka		0 €
Ročné poistné za náhradu poistného v prípade dlhodobej PN poistníka		0 €
	Ročné poistné po prirážke za področnosť	209,35 €
	CELKOVÉ BEŽNÉ POISTNÉ ZA ZMLUVU	209,35 €

SPÔSOB PLATENIA POISTNÉHO

Celkové bežné poistné bude poistník platiť: **poštovou poukážkou**

Úhrada poistného:	číslo účtu:	0048134112 / 0200
	variabilný symbol:	2406660202
	IBAN:	SK35 0200 0000 0000 4813 4112
Číslo bankového účtu poistníka	Kód banky	
IBAN:	SWIFT:	

I. DOTAZNÍK PRE 3. POISTENÉHO

Ste pravák alebo ľavák? ľavák	Vaša súčasná výška postavy v cm a telesná váha v kg. 178 cm 85 kg		
1 Mali ste niekedy úraz, ktorý zanechal trvalé následky?		<input checked="" type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno
2 Vyžadovalo Vaše ochorenie alebo úraz v posledných 10 rokoch hospitalizáciu, pobyt v sanatóriu alebo v inom zdravotníckom zariadení? Máte plánovanú operáciu?		<input checked="" type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno
3 Trpíte, trpeli ste niektorým z týchto ochorení: choroby kostí, kĺbov vrátane chrbtice), svalov a šliach alebo trvale používate ortopedické pomôcky? Ak áno, poprosíme uviesť od kedy, liečba, prípadne komplikácie.		<input checked="" type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno

4	Ste v súčasnej dobe práceneschopný? Ak áno, uveďte kedy, ako dlho a dôvod.	<input checked="" type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno
5	Užívate pravidelne nejaké lieky? Ak áno uveďte názov a dávkovanie lieku.	<input checked="" type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno
6	Konzumujete alkoholické nápoje? Ak áno, uveďte druh alkoholu a dennú spotrebu. Fajčili ste alebo fajčíte? Ak áno, uveďte od kedy, príp. do kedy, koľko cigariet denne.	<input checked="" type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno
7	Boli ste niekedy odporúčaný alebo ste sa podrobili liečbe v dôsledku užívania alkoholu, liekov alebo inej závislosti? Ak áno, uveďte kedy, ktoré, ako dlho, dôvod a či ste v evidencii poradne pre tieto závislosti.	<input checked="" type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno
8	Poberali ste, poberáte invalidný dôchodok, je zahájené v súčasnosti konanie o priznaní invalidného dôchodku? Ak áno, uveďte dôvod, od - do.	<input checked="" type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno
9	Máte, mali ste návrh /uzavreté životné, úrazové, nemocenské alebo iné poistenie v poisťovni Generali alebo v inej poisťovni? Ak áno, uveďte typ.	<input checked="" type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno
10	Boli ste niekedy liečený alebo hospitalizovaný pre nižšie uvedené ochorenia, poruchy zdravia alebo ste príznaky týchto ochorení, resp. porúch zdravia spozorovali?	<input checked="" type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno
	a) cukrovka (zvýšená hodnota cukru v krvi), porucha metabolizmu (napr. zvýšený cholesterol), štítnej žľazy, alebo iné poruchy žliaz s vnútornou sekréciou, dna a iné	<input checked="" type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno
	b) ochorenia očí a uší (napr. náhle alebo výrazné zhoršenie zraku alebo sluchu, očný zákal, slepota, hluchota a iné). Ak nosíte okuliare alebo kontaktné šošovky uveďte počet dioptrií na každom oku zvlášť.	<input checked="" type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno
	c) ochorenia nervového systému (napr. silné bolesti hlavy, závrate, mozgová príhoda, epilepsia, skleróza multiplex a iné)	<input checked="" type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno
	d) ochorenie srdca a krvného obehu (napr. vysoký, kolísavý krvný tlak, búšenie srdca, bolesť na prsiach, infarkt, ischemická choroba srdca, iné)	<input checked="" type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno
	e) ochorenia dýchacieho ústrojenstva (napr. dýchavičnosť, embólia, astma, TBC, chronický zápal priedušiek a iné)	<input checked="" type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno
	f) ochorenia tráviaceho traktu (napr. choroby žalúdka, dvanástorníka, čriev, pečene, žlčníka, hnačky a iné)	<input checked="" type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno
	g) ochorenia obličiek, močových ciest, alebo urologické ochorenia (napr. zápaly, kamene, choroby prostaty)	<input checked="" type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno
	h) gynekologické ochorenia a ochorenia prsníkov	<input checked="" type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno
	i) ochorenia krvi, lymfatických uzlín, poruchy imunity (okrem AIDS) a hlasiviek (napr. anémia, porucha zrážanlivosti krvi a iné ochorenia krvi)	<input checked="" type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno
	j) duševné choroby (napr. demencia, alzheimer) a/alebo duševné poruchy (napr. depresia)	<input checked="" type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno
	k) rakovina či iné nádorové ochorenia (napr. zhubné i nezhubné, cysty, myómy)	<input checked="" type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno
	l) podrobili ste sa rádioterapii alebo chemoterapii	<input checked="" type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno
	m) často sa opakujúce alebo chronické infekčné vírusové, bakteriálne, plesňové ochorenie alebo ochorenie kože	<input checked="" type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno
	n) horúčky dlhšie trvajúce alebo neznámeho pôvodu, časté nočné potenie, zdurenie lymfatických uzlín a iné	<input checked="" type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno
11	Ste v súčasnej dobe tehotná?	<input checked="" type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno
12	Bolo Vám vykonané alebo prebieha vyšetrenie na zistenie HIV/AIDS alebo Hepatitídu typu C? Uveďte či ste liečený na HIV/AIDS pozitívnosť alebo Hepatitídu typu C, dôvod, od kedy, s akým výsledkom.	<input checked="" type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno

13	Vyskytli sa vo vašej rodine (do veku 65 rokov vrátane) cievne mozgové príhody (mŕtvice), epilepsia, duševné choroby, systémové ochorenia (napr. sklerodermia, lupus erymatosus), choroby srdca (napr. infarkt), krvného obehu a obličiek, vysoký krvný tlak, rakovina alebo iné nádorové ochorenia, cukrovka, poruchy metabolizmu tukov (napr. zvýšený cholesterol), nervové alebo duševné ochorenia (napr. skleróza multiplex, detská mozgová obrna)? Ak áno, uveďte koho sa ochorenie týka (otec, matka, súrodenci), názov choroby alebo príčinu smrti a vek žijúcich, resp. vek pri úmrtí.	<input checked="" type="checkbox"/>	nie	<input type="checkbox"/>	áno
----	---	-------------------------------------	-----	--------------------------	-----

J. VYHLÁSENIE 1. POISTENÉHO

Poistený vyhlasuje, že nemá v Generali Poistovni, a.s. uzatvorené žiadne životné ani úrazové poistenie.

.....
 Podpis 1. poisteného:
 (resp. jeho zákonného zástupcu)

J. VYHLÁSENIE 2. POISTENÉHO

Poistený vyhlasuje, že nemá v Generali Poistovni, a.s. uzatvorené žiadne životné ani úrazové poistenie.

.....
 Podpis 2. poisteného:
 (resp. jeho zákonného zástupcu)

Meno, adresa a tel. číslo lekára

1. poistený		2. poistený	
3. poistený	MUDr Erika Fuxhofferová, Lehota /22, 95136 Lehota; Lehota Tel.:		

K. ZÁVEREČNÉ USTANOVENIA A VYHLÁSENIA POISTNÍKA/POISTENÝCH**Vyhlasenie poistníka:**

Podpisom tejto zmluvy potvrdzujem, že pre daňové účely som rezidentom: ¹⁾²⁾ USA EÚ³⁾ Iné³⁾

Kód krajiny: DIČ (daňové identifikačné číslo poistníka, ak mu bolo pridelené):

Každú zmenu daňovej rezidencie a DIČ sa zaväzujem nahlásiť poisťovateľovi bez zbytočného odkladu.

- 1) občan USA je automaticky považovaný za daňového rezidenta USA a je povinný označiť pole USA
- 2) ak je poistník daňovým rezidentom viacerých štátov, uvedie všetky dotknuté štáty na tlačive Žiadosť o zmenu – Zmena údajov
- 3) uviesť konkrétny štát daňovej rezidencie

Súhlas poistníka so zaslaním poistných podmienok spolu s oceňovacími tabuľkami elektronicky:

Svojim podpisom na tejto poistnej zmluve potvrdzujem, že som sa oboznámil s príslušnými Všeobecnými poistnými podmienkami pre poistenie osôb (VPP 2018.1), Osobitnými poistnými podmienkami (ďalej len OPP) pre životné poistenie (OPP Ž 2012.1), OPP pre poistenie úrazu a choroby (OPP UCH 2017.1), OPP pre jednotlivé dojednané riziká, Zmluvnými dojednaniami pre životné poistenie La Vita (ZD La Vita 2018.1), vrátane oceňovacích tabuliek pre dohodnuté poistenia, s „Ponukou pre klienta“ vrátane vzorového prepočtu poistného plnenia podľa §792a ods.5 Občianskeho zákonníka, ďalej s „Informáciou o dôležitých zmluvných podmienkach uzatváraanej poistnej zmluvy“ (ďalej len „Ponuka pre klienta“) a s „Prehľadom poplatkov, nákladových položiek a parametrov pre životné poistenie“ pre dohodnuté poistenie (ďalej len „Prehľad poplatkov“) a súhlasím s ich zaslaním na uvedenú funkčnú e-mailovú adresu: Áno Nie

Súhlas poistníka so zasielaním písomností elektronicky:

Súhlasím so zasielaním písomností elektronicky na uvedenú funkčnú e-mailovú adresu v súlade s príslušnými poistnými podmienkami VPP 2018.1 a zároveň potvrdzujem, že som si vedomý toho, že mi poisťovateľ môže zasielať písomnosti elektronicky, s výnimkou písomností, na ktorých prevzatie je potrebný môj podpis alebo pri ktorých z ich povahy vyplýva nevyhnutnosť doručiť ich inak ako prostredníctvom e-mailu: Áno Nie

Súhlas so spracúvaním osobných údajov na marketingové účely:

Súhlasím, aby Generali Poisťovňa, a. s., spracúvala moje osobné údaje v rozsahu titul, meno, priezvisko, kontaktná adresa, telefónne číslo a e-mailová adresa a kontaktovala ma na účely ponúkania produktov a služieb poisťovateľa a poskytovania informácií o aktivitách poisťovateľa, a to počas trvania zmluvného vzťahu s poisťovateľom a po dobu 5 rokov od ukončenia platnosti všetkých mojich zmluvných vzťahov s poisťovateľom.

Beriem na vedomie, že tento súhlas so spracúvaním osobných údajov môžem kedykoľvek odvolať zaslaním písomného odvolania na adresu sídla poisťovateľa alebo odvolania prostredníctvom webového sídla poisťovateľa. Podrobné informácie o mojich právach ako dotknutej osoby a spracúvaní osobných údajov sú uvedené v zmluvnej dokumentácii, na webovom sídle poisťovateľa: www.generali.sk a na pobočkách poisťovateľa.

Zároveň súhlasím s tým, že mi marketingové informácie môžu byť poskytované aj prostredníctvom automatických volacích a komunikačných systémov bez ľudského zásahu alebo elektronickej pošty vrátane služby krátkych správ v zmysle osobitných právnych predpisov (napr. zákon o reklame, zákon o elektronických komunikáciách).

Áno Nie

Pre poistenie uzavreté touto poistnou zmluvou platia Všeobecné poistné podmienky pre poistenie osôb (VPP 2018.1), Osobitné poistné podmienky (ďalej len OPP) pre životné poistenie (OPP Ž 2012.1), OPP pre poistenie úrazu a choroby (OPP UCH 2017.1), OPP pre jednotlivé dojednané riziká, a Zmluvné dojednania pre životné poistenie La Vita (ZD La Vita 2018.1), ktoré sú jej neoddeliteľnou súčasťou. Podpisom tejto poistnej zmluvy potvrdzujem, že som sa pred vznikom poistenia oboznámil so všetkými poistnými podmienkami uvedenými v predošlej vete pre dohodnuté poistenie, spolu s „Ponukou pre klienta“ a „Prehľadom poplatkov“, súhlasím s nimi, obdržal som ich vyhotovenie (v prípade, ak som nesúhlasil s ich doručením elektronicky) a s Informáciami o spracúvaní osobných údajov, ktoré sú súčasťou zmluvnej dokumentácie a súhlasím s tým, aby mi boli sprístupnené v klientskej zóne poisťovateľa na webovom sídle. Súčasne potvrdzujem, že mi boli oznámené informácie podľa § 792a Občianskeho zákonníka.

Svojim podpisom potvrdzujem, že obsah poistnej zmluvy je zrozumiteľný, vyjadruje moju slobodnú a vážnu vôľu, a na znak súhlasu poistnú zmluvu podpisujem. Podpisom tejto poistnej zmluvy potvrdzujem, že boli overené moje identifikačné údaje a totožnosť osobou konajúcou v mene poisťovateľa.

Svojim podpisom potvrdzujem, že som uviedol a zodpovedal pravdivo, úplne a podľa svojho najlepšieho vedomia všetky zadané otázky a údaje, a že som nezamlčal žiadnu skutočnosť rozhodujúcu pre uzavretie poistnej zmluvy. Ďalej potvrdzujem, že mi pred uzavretím poistnej zmluvy boli písomne poskytnuté informácie v zmysle Zákona o poisťovníctve v platnom znení a že mi finančný sprostredkovateľ sprostredkujúci poistenie poskytol informácie v súlade so zákonom č. 186/2009 Z. z. o finančnom sprostredkovaní a finančnom poradenstve v platnom znení.

Beriem na vedomie, že poisťovateľ je oprávnený spracúvať osobné údaje dotknutých osôb vrátane informácií o mojom zdravotnom stave v zmysle Zákona o poisťovníctve v platnom znení. Všeobecné informácie o spracúvaní osobných údajov poisťovateľom sú v Informáciách o spracúvaní osobných údajov, ktoré sú súčasťou zmluvnej dokumentácie. Podrobné informácie o spracúvaní osobných údajov, s ktorými som sa oboznámil/-a pred podpisom tejto poistnej zmluvy, sú uvedené na webovom sídle poisťovateľa: www.generali.sk a na pobočkách poisťovateľa.

Zároveň beriem na vedomie, že poisťovateľ môže nadviazať kontakt so všetkými lekármi a zdravotníckymi zariadeniami a vyžiadať si od nich informácie o mojom zdravotnom stave, ktorých získanie a spracovanie je potrebné pre účely plnenia práv a povinností poisťovateľa vyplývajúcich z tohto zmluvného vzťahu, ako aj z príslušných právnych predpisov.

Som si vedomý, že poisťovateľ môže v súlade s bodom 8.15 VPP 2018.1 v závislosti od výsledku posúdenia rizikového profilu poisteného zmeniť výšku poistnej sumy pri každom poistenom riziku o +/- 15%, resp. zmeniť výšku poistného za každé jednotlivé poistené riziko o +/- 50% a zároveň v súvislosti s tým zmeniť výšku poistného za investičné poistenie; v oboch prípadoch poisťovateľ vykoná prípadnú zmenu tak, aby bola zachovaná dojednaná výška celkového bežného poistného.

Potvrdenie zástupcu poisťovateľa povereného uzatvorením poistnej zmluvy:

Svojim podpisom na tejto poistnej zmluve potvrdzujem, že som overil totožnosť klienta podľa dokladu preukazujúceho totožnosť.

V

dňa

.....

.....
Podpis zástupcu poisťovateľa
All Public Service - sprostredkovateľ poistenia s.r.o.

.....

Podpis 1. poisteného:
Milan Hrivňák

.....

Podpis 2. poisteného:
Jozef Bihary

.....

Podpis 3. poisteného:
Vladimír Babický

L. ZÁSTUPCA POISŤOVATEĽA POVERENÝ UZATVORENÍM POISTNEJ ZMLUVY

Meno a priezvisko

Telefonický kontakt:

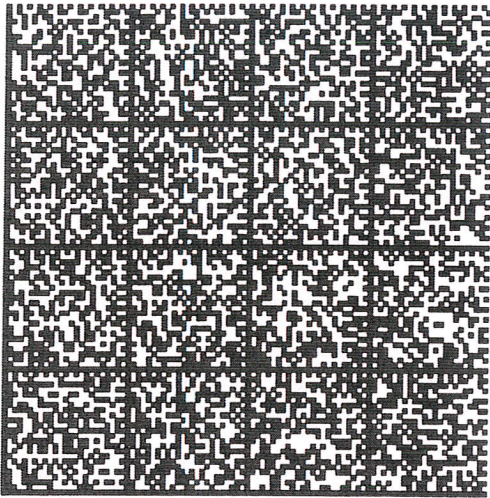
Osobné číslo

All Public Service - sprostredkovateľ poistenia s.r.o.

Získateľské číslo 1

E-mail:

%





Slovenská komora stavebných inžinierov

O s v e d č e n i e

o vykonaní odbornej skúšky

Slovenská komora stavebných inžinierov osvedčuje, že

Ing. Vladimír Malý

.....
rodné číslo

podľa zákona SNR č. 138/1992 Zb. o autorizovaných architektoch
a autorizovaných stavebných inžinierov v znení zákona č. 236/2000 Z. z.
vykonal odbornú skúšku pre činnosť

stavbyvedúci

s odborným zameraním **Pozemné stavby**
Inžinierske stavby - dopravné stavby, mosty, tunely, vodohospodárske stavby, potrubné,
energetické a iné líniové stavby

s evidenčným číslom **04992*10-21-22-23-24***

Oprávnenie splnomocňuje vykonávať vybrané činnosti vo výstavbe
podľa § 45 zákona č. 50/1976 Zb. o územnom plánovaní a stavebnom poriadku
v znení neskorších predpisov.

Dátum vydania

Ing. Ján Kyseľ
Predseda SKSI