

## Bestätigungsschreiben

Hiermit bestätige ich, \_\_\_\_\_, dass  
Leiter des TAVI Programms oder Direktor Kardiologie bzw. Herzchirurgie

\_\_\_\_\_  
Titel

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Klinik

\_\_\_\_\_  
Abteilung

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ, Stadt

**im Bereich der TAVI Therapie ausgebildet werden soll und es geplant ist, dass er/sie in absehbarer Zeit eigenständig TAVI Prozeduren durchführen soll.**

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Leiter des TAVI Programms oder Direktor Kardiologie bzw. Herzchirurgie