

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