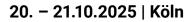
AGIK Vorbereitungskurs TAVI Prothesen Zertifizierung





Bestätigungsschreiben

Hiermit bestätige ich,		, dass
Leit	ter:in des TAVI Programms oder Direktor:in Kardiologie bzw. Herzchirurgie	- 1
Titel		
Vorname		
vomanie		
Name		
Klinik		
Abteilung		
Straße, Hausnummer		
PLZ, Stadt		
im Bereich der TAVI Thera TAVI Prozeduren durchfüh	pie ausgebildet werden soll und es geplant ist, dass er/sie in absehbarer Zeit eigenstän nren soll.	dig
Datum	Unterschrift Leiter:in des TAVI Programms oder Direktor:in Kardiologie bzw. Herzchirurgie	e, Stempe