## AGIK Vorbereitungskurs TAVI Prothesen Zertifizierung



24. - 25.11.2025 | Frankfurt/Main

## Bestätigungsschreiben

Hiermit bestätige ich		dass
	Leiter:in des TAVI Programms oder Direktor:in Kardiologie bzw. Herzchirurgie	
Titel		
Vorname		
Name		
Klinik		
Abteilung		
Straße, Hausnummer		
Straise, Haushulfilfiei		
PLZ, Stadt		
im Bereich der TAVI T TAVI Prozeduren durc	herapie ausgebildet werden soll und es geplant ist, dass er/sie in absehbarer Zeit eigenständ hführen soll.	lig
Datum	Unterschrift Leiter:in des TAVI Programms oder Direktor:in Kardiologie bzw. Herzchirurgie,	Stempe