

Bestätigungsschreiben

Hiermit bestätige ich, _____, **dass**
Leiter:in des TAVI Programms oder Direktor:in 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 innerhalb der nächsten 6 Monate eigenständig TAVI Prozeduren durchführen soll.

Datum

Unterschrift Leiter:in des TAVI Programms oder Direktor:in Kardiologie bzw. Herzchirurgie, Stempel