

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 _____