AGIK TAVI Prothesen Zertifizierung
Vorbereitungskurs

10. – 11.05.2027 | Dortmund

DGK.AKADEMIE

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