AGIK TAVI Prothesen Zertifizierung
Vorbereitungskurs

14. – 15.06.2027 | Lübeck

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 in absehbarer Zeit eigenständig TAVI Prozeduren durchführen soll.

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