AGIK Vorbereitungskurs TAVI Prothesen Zertifizierung



12. - 13.01.2026 | Dortmund

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		
,		
	herapie ausgebildet werden soll und es geplant ist, dass er/sie in absehbarer Zeit eigenständ	ig
TAVI Prozeduren durc	hführen soll.	
Datum	Unterpolyift Leiterin des TAV/ Drogramme oder Direkterin Kordiele sie haus Herzelingerin	Ctomas
Datum	Unterschrift Leiter:in des TAVI Programms oder Direktor:in Kardiologie bzw. Herzchirurgie,	Sterribe