……………………………… Kielce, dn. ………………….

Imię i nazwisko lekarza kardiologa

OŚWIADCZENIE:

Potwierdzam, że Pan ………………………………..(imię i nazwisko lekarza) posiada doświadczenie w wykonywaniu zabiegów inwazyjnych takich jak koronarografia, angioplastyka balonową i angioplastyką z implantacją stentu.

Wyżej wymieniony wykonał samodzielnie co najmniej …………………… koronarografii oraz ……………………..PCI.

……………………………….

Konsultant Wojewódzki

w dz. kardiologii