



CERTYFIKAT



*Na podstawie przedłożonej dokumentacji
stwierdzamy, iż Pani/Pan*

*Tytuł naukowy, Imię i Nazwisko
numer prawa wykonywania zawodu: 00000000*

*spełnia wymagania Asocjacji Interwencji Sercowo-Naczyniowych Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego
do uzyskania uprawnień samodzielnego wykonywania zabiegów kardiologii inwazyjnej (operatora).*

WZÓR

Przewodniczący
Asocjacji Interwencji Sercowo-Naczyniowych
Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego

Prezes
Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego

Nr certyfikatu: O/...../.....
Data wydania certyfikatu:
Data ważności certyfikatu: