



## Anmälningssblankett och betalningsförbindelse för grundläggande utbildning (steg-1) i KBT med start 22 september 2025, Göteborg

Till anmälan skall bifogas vidimerat utbildningsbevis som visar att du är leg. läkare, leg sjuksköterska, leg sjukgymnast, leg arbetsterapeut, socionom, leg psykolog, leg logoped alternativt att du har motsvarande någon av dessa utbildningar.

Namn:	
Personnummer:	
Yrke/titel:	
Adress bostad:	
Postadress:	
e-mailadress:	
Telefonnummer:	

Om fakturan ej skall betalas av deltagaren privat, var vänlig fyll i vart fakturan skall skickas:

Företagsnamn:	
Organisationsnummer:	
Adress:	
Postadress	
Referens:	

Utbildningen genomförs under tre terminer med start 22 september 2025 och avslut november 2026.

Utbildningskostnad är totalt för tre terminer 126 000 SEK + 25% moms vid Early bird anmälan innan 1 juni 2025.

Efter anmälan 1 juni är utbildningskostnaden totalt 135 000 SEK + 25% moms. Vi kommer skicka en faktura på anmälningavgiften 5000 SEK + 25% moms. Först när den är betald, betraktas anmälan som definitiv och du förbinder dig att betala hela utbildningen. Efter antagningen kommer fakturan på resterande belopp att skickas (dvs anmälningavgiften dras av från den totala utbildningskostnaden). Betalningen kan uppdelas terminsvis.

Anmälningavgiften återbetalas endast om du av någon anledning inte blir antagen eller om utbildningen ställs in.

.....

.....

### Deltagarunderskrift

Datum, ort

Våra noteringar beträffande datum

Ansökningsdatum	Anmälningsskatt	Bet.Anmälningsskatt	Antagningsbrev	Terminsskatt.faktura	Bet.Terminsskatt



**ANNA EHNVALL**  
KBT KOMPETENS

## Intyg från arbetsgivaren

Härmed intygas att (sökandes namn):.....  
kommer att kunna beredas plats inom sitt arbete för att gå ovanstående halvfartsutbildning,  
motsvarande en dag per vecka, samt att inom ramen för den behandla minst tre patienter  
med olika typer av diagnoser och problematik med behandling enligt kbt. Dessa patienter  
tillhandahålls av arbetsgivaren.

Jag är också medveten om att utbildningen ska ge den sökande förmåga att under  
handledning av leg terapeut med kognitiv och beteendeterapeutisk inriktning arbeta  
psykoterapeutiskt på KBT- grund. Om den studerande inte klarar av moment under  
utbildningen kommer jag som arbetsgivare bli kontaktad.

Datum:

Arbetsgivarens underskrift:

.....

.....

Namnförtydligande:

.....

Adress

.....

.....

Telefonnummer:.....

Faktura adress (om annan än  
ovan):.....

.....

Eventuellt referensnummer:.....Organisationsnr:.....

Ansökan tillsammans med samtliga handlingar som åberopas insändes till:

Anna Ehnvall KBT Kompetens AB, Oskarsdalsgatan 7, 43245 Varberg