



Anmälningssblankett och betalningsförbindelse för grundläggande utbildning (steg-1) i KBT med start 16 januari 2023, Hotell Riverton, 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 16 januari 2023 och avslut maj 2024.

Utbildningskostnad är 38 500 SEK + moms per termin. Utbildningskostnaden totalt för tre terminer är 115 500 SEK + 25% moms (Totalt inkl moms 144 375 SEK)

Vi kommer skicka en faktura på anmälningssavgiften 5000 SEK + 25% moms. Först när den är betald, betraktas anmälan som definitiv och du förbinder dig att betala hela utbildningen. Antalet platser är begränsat till 28 studenter. Vi förbehåller oss rätten att ställa in utbildningen om deltagarantalet blir färre än 16.

Efter antagningen kommer fakturan på resterande belopp att skickas. Betalningen kan uppdelas terminsvis. Anmälningssavgiften återbetalas endast om du av någon anledning inte blir antagen eller om utbildningen ställs in.

.....

.....

Deltagarunderskrift

Datum, ort

Våra noteringar beträffande datum

Ansökningsdatum	Anmälningssavgift	Bet.Anmälningssavgift	Antagningsbrev	Terminssavg.faktura	Bet.Terminssavg



ANNA EHNVALL
KBT KOMPETENS

Lillian Noring Andersson

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