DEMANDE DE REMBOURSEMENT

Nom : **Prénom :** N'étudiant :

Formation : Motif du remboursement :

☐ Je me suis inscrit-e en PASS, DFGSM2, DFGSM3. Je demande le remboursement des droits de scolarité de 170 €.

☐ Je me suis inscrit-e en DFASM1, DFASM2, DFSAM3 ou Master. Je demande le remboursement des droits de scolarité de 243€.

Le remboursement s'effectuera sur :

☐ mon compte ☐ Le compte d'un tiers

Nom et **Prénom** du titulaire du compte sur lequel sera effectué le remboursement :

_____

Je déclare avoir pris connaissance des conditions de remboursement et des pièces à fournir (liste ci-après) et certifie l'exactitude des renseignements communiqués.

Fait à le

Signature de l'étudiant
Même si le destinataire du paiement n'est pas l'étudiant

Ce formulaire doit être envoyé par mail avec les justificatifs suivants **:**
Montpellier site ADV à med-inscriptions@umontpellier.fr
Montpellier site Flahault à pharma-inscriptions@umontpellier.fr
Nîmes à mednimes-inscriptions@umontpellier.fr

➢ **PIECES JUSTIFICATIVES A JOINDRE OBLIGATOIREMENT A CE FORMULAIRE**

☐ Notification **définitive** de bourses du CROUS/ Bourse du gouvernement Français/ autorisation statut apprenti...

☐ R.I.B (Document émit par la banque avec le **logo**).

☐ Attestation de remboursement à un tiers (si la demande de remboursement doit être effectué sur un compte autre que celui de l'étudiant.

Information : *La demande de remboursement sera traitée à partir du début des cours.*
Un délai 3 mois maximum est à compter pour les paiements comptant pour les paiements en 3 fois ce délai débute à partir du dernier paiement.