



Attestation de remboursement sur le compte d'un à un tiers



à compléter par l'étudiant(e) si le titulaire du RIB est une tierce personne

Je soussigné(e), M. ou Mme

inscrit(e) à la Faculté de Médecine de Montpellier-Nîmes

déclare vouloir le remboursement de l'inscription sur un compte bancaire appartenant à :

Nom et Prénom du titulaire du RIB :

Nom de la Banque :

Je joins le Relevé d'Identité Bancaire correspondant.

Signature de l'étudiant