

Contact : scolarite-sciencesinfirmieres@univ-fcomte.fr

Fiche de demande de remboursement de droits d'inscription - V1

A compléter par l'étudiant

Date de la demande	
Motif du remboursement	
Numéro d'étudiant (8 chiffres : 21XXXXXX)	
Nom	
Prénom	
Date de naissance	
Nom de rue	
Numéro dans la rue	
Complément adresse 1	
Complément adresse 2	
Code postal	
Ville	
Pays	
Téléphone	
Adresse mail	
Numéro INSEE (Sécurité Sociale) en 15 chiffres	

Pièces à fournir - tout dossier incomplet ne pourra être traité

Les remboursements se font par virement. Joindre obligatoirement un RIB-IBAN

Réservé aux services administratifs de l'UFC

Montant payé			
Montant dû			
Montant à rembourser			

En cas de remboursement sur un compte de tiers

Je soussigné(e) Nom + Prénom

Autorise expressément l'Université de Franche-Comté à effectuer le remboursement sur le compte de :

Nom + Prénom

Dont vous trouverez l'IBAN joint à la présente fiche.

à (ville)

le (date)

Signature