

**Formulaire à compléter et à envoyer à [contact@medicardijon.fr](mailto:contact@medicardijon.fr) ou par lettre recommandée avec  
AR à l'adresse de l'établissement.**

Médical Dijon  
38, rue des Planchettes  
21000 Dijon

*Madame, Monsieur,*

*Je viens vers vous à la suite de mon inscription en votre établissement le \_\_/\_\_/\_\_\_\_ effectuée :*

*a) par Internet*

*b) par courrier*

*c) dans des locaux hors de votre établissement  
\_\_\_\_\_ (\*) et dont vous  
avez accusé réception le \_\_/\_\_/\_\_\_\_*

*Mon numéro d'inscription est \_\_\_\_\_*

*Conformément à l'article L. 221-18 du code de la consommation, je vous informe que je souhaite exercer mon droit de rétractation et sollicite en conséquence ma désinscription à votre formation d'enseignement supérieur.*

*Je demande également le remboursement de mes frais d'inscription que je vous ai payé le  
\_\_/\_\_/\_\_\_\_*

*a) par carte bancaire*

*b) par chèque n° \_\_\_\_\_ de la banque \_\_\_\_\_ (\*\*)*

*Bien à vous*

*Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_/\_\_/\_\_\_\_*

*Signature :*

*(\*) Rayez la mention inutile et précisez le lieu de la conclusion du contrat d'inscription si c'était en dehors des lieux de l'établissement Médical Dijon.*

*(\*\*) Rayez la mention inutile et précisez le numéro de chèque et le nom de l'établissement bancaire si un chèque a été émis*