

Formulaire à compléter et à envoyer à contact@medicalsup.com ou par lettre recommandée avec AR à l'adresse de l'établissement.

MédicalSup
Parc d'activité de l'Hippodrome - 3, allée d'Auteuil
54500 Vandoeuvre-Lès-Nancy

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 MédicalSup.*

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