

**Formulaire à compléter et à envoyer à contact@medicalnice.fr ou par lettre recommandée avec AR
à l'adresse de l'établissement.**

Médical Nice
69, avenue Borriglione
06100 Nice

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 Nice.*

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