



UNIVERSIDAD DE CANTABRIA

Impreso de Devolución de Tasas

D. /D^a. _____ con D.N.I. _____
con domicilio _____ C.P. _____
Teléfono _____ Correo electrónico _____
matriculado /a en el plan de estudios de _____ de la Facultad de Medicina

EXPONE :

(Detalle de los MOTIVOS en los que se apoya para solicitar la devolución)

Forma de la Devolución:

Transferencia bancaria a favor de _____
Nombre y apellidos

Banco / Caja de Ahorros _____

Dirección _____

IBAN: _____

Imprescindible rellenar los 24 dígitos

Por todo lo expuesto,
SOLICITA me sea concedida dicha devolución.

Santander, ___ de _____ de 20__

Fdo.: