

D./D<sup>a</sup>. \_\_\_\_\_ con D.N.I. \_\_\_\_\_ con domicilio  
\_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
Correo electrónico \_\_\_\_\_ con matrícula en el plan de estudios  
de la FACULTAD DE MEDICINA

**EXPONE:**

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

---

---

---

---

---

---

---

---

Forma de devolución, si esta procede:

Transferencia bancaria a favor de: \_\_\_\_\_

Nombre y apellidos

Banco o Caja de Ahorros \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_

Banco

Oficina

Digito  
Control

Cuenta

**Imprescindible rellenar los 24 dígitos**

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

Santander, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_

Fdo.: \_\_\_\_\_