



VNiVERSiDAD  
D SALAMANCA

Servicio de Gestión Académica  
Sección de Coordinación de Centros

D/D<sup>a</sup> . \_\_\_\_\_  
alumno/a de \_\_\_\_\_ DNI \_\_\_\_\_  
con domicilio en \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Piso \_\_\_\_\_  
Código Postal \_\_\_\_\_ Localidad \_\_\_\_\_  
Provincia \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

EXPONE:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

DOCUMENTACIÓN QUE ACOMPAÑA:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

SOLICITA: le sea concedida la **devolución de precios académicos abonados**, según acredita con la documentación adjunta, y su importe sea ingresado en la cuenta en la que figuro como **titular** y que a continuación se indica:

<b><u>DATOS DE LA ENTIDAD BANCARIA</u></b>												
Nombre del Banco o Caja: _____												
Localidad y Provincia: _____												
CODIGO CUENTA CLIENTE												
ENTIDAD			OFICINA			D.C.		NÚMERO DE CUENTA				

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
(firma del alumno/a)

SR. GERENTE DE LA UNIVERSIDAD DE SALAMANCA