UNIVERSITÉ DE GENÈVE
FACULTÉ DE MÉDECINE

# REMBOURSEMENT DES FRAIS DE TRAJET DES ETUDIANTS (COURS A OPTION) (à rendre dactylographié)

*Veuillez joindre en annexe **les titres de transport originaux** (pas de photocopie, sauf pour l'abonnement général)*

| | |
|---|---|
| NOM et Prénom : | Date de naissance (jj/mm/aaaa) : |
| Adresse : | N° Postal : et ville |
| N° CCP (IBAN) / N° compte bancaire (IBAN) : | Nom de la banque / ville : |
| NOM DE L'OPTION : | |
| SEMESTRE DU COURS A OPTION : | |

| Date | Libellé | Prix | Remarques |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| | | |
|---|---|---|
| Signature de l'étudiant : | **Total CHF** | Signature de la responsable des cours à option ou du responsable du cours à option suivi : |

*Ce formulaire doit être remis avec les annexes à la fin de votre cours à option, et **au plus tard 1 semaine après la fin du cours** à MH-2BA-3BA-CoursOPTIONS@unige.ch ou au secrétariat des étudiants de la Faculté de Médecine.*