

## Formulaire-type de rétractation

Formulaire à envoyer par mail et par courrier :

Par courrier : CIFMD, 14 rue de la République, 92800 Puteaux

Par mail : [contact@cifmd.fr](mailto:contact@cifmd.fr)

Je vous notifie par la présente ma rétractation d'inscription à l'examen de CSTMD ci-dessous :

Inscription du : *champ à renseigner*

Nom et Prénom du candidat : *champ à renseigner*

Numéro d'inscription et numéro de devis : *champ à renseigner*

Date de la demande de rétractation : *champ à renseigner*

Signature du candidat : *champ à renseigner*