

.....
(miejscowość),
(dnia)

Dane:

.....
.....
.....
e-mail:

Centrum Nauki EXPERIMENT w Gdyni
Al. Zwycięstwa 96/98
81-451 Gdynia
e-mail: bilety@experyment.gdynia.pl
fax. 58 727 39 80

PROŚBA O ZMIANĘ TERMINU REZERWACJI

Zwracam się z prośbą, o zmianę* terminu rezerwacji pod warunkiem wolnych miejsc w systemie rezerwacji.

1.	Numer pierwotnego zamówienia	
2.	Data pierwotnej wizyty	
3.	Numer paragonu/faktury	
4.	Data nowej wizyty	
5.	Numer nowego zamówienia	
6.	Ilość biletów	
Prośbę swą uzasadniam tym, że:		

*zmiany można dokonać najpóźniej 14 dni (wejście grupowe)/21 dni (Warsztaty na specjalne okazje) przed planowaną wizytą w Centrum Nauki EXPERIMENT, w sytuacji gdy liczba osób w grupie nie uległa zmianie.

.....
(podpis osoby rezerwującej)

Wyrażam zgodę/ Nie wyrażam zgody

.....
(podpis Dyrekcji)