

.....
(miejsowość),
(dnia)

Dane:

.....
.....
.....
.....

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

FORMULARZ ZWROTU

Zwracam się z prośbą, zgodnie z regulaminem wystawy Centrum Nauki EXPERYMENT,
o zwrot zakupionych biletów

| | | |
|---|------------------------|--|
| 1. | Numer zamówienia | |
| 2. | Data planowanej wizyty | |
| 3. | Ilość biletów | |
| 4. | Numer biletów | |
| 5. | Kwota do zwrotu | |
| 6. | Numer paragonu/faktury | |
| Prośbę swą uzasadniam tym, że: | | |

| | | |
|---------------------------|-----------------|--|
| Dane do przelewu*: | | |
| 7. | Imię i nazwisko | |
| 8. | Dokładny adres | |
| 9. | Numer konta | |

.....
(podpis osoby rezerwującej)

***dane do przelewu osoby, która dokonała zamówienia**

Zgoda CNE/Brak zgody CNE

.....