

.....
(miejscowość),
(dnia)

**Imię i nazwisko osoby składającej
wniosek:**

.....
.....

e-mail:

Centrum Nauki EXPERYMENT w Gdyni
al. Zwycięstwa 96/98, 81-451 Gdynia
e-mail: bilety@experiment.gdynia.pl

FORMULARZ ZMIANY TERMINU WIZYTY

Zwracam się z prośbą, o zmianę* terminu wizyty w Centrum, pod warunkiem wolnych miejsc w systemie sprzedaży online.

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

*zmiany można dokonać nie później niż 14 dni (przy biletach grupowych na wystawy i na wybrane aktywności) przed planowaną wizytą w Centrum. Zmiana nie obejmuje liczby osób w grupie.

.....
(podpis osoby składającej wniosek)

Wyrażam zgodę/Nie wyrażam zgody

.....

(podpis Dyrektor CNE)