

.....
(miejsowość), (dnia)

**Imię i nazwisko osoby składającej
wniosek:**

.....
.....

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

FORMULARZ ZWROTU

Zwracam się z prośbą 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:		

<u>Dane do przelewu*:</u>		
7.	Imię i nazwisko	
8.	Numer konta	

.....
(podpis osoby składającej wniosek)

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

Wyrażam zgodę/Nie wyrażam zgody

.....

(podpis Dyrekcji CNE)