

Experyment

.....
(miejsowość) (dnia)

Imię i nazwisko osoby składającej wniosek:

.....
.....

Centrum Nauki Experyment w Gdyni
Al. Zwycięstwa 96/98, 81-451 Gdynia
e-mail: bilety@experyment.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 zwrotu	
6.	Numer paragonu lub faktury	

Prośbę swą uzasadniam tym, że:

.....
.....

Dane do przelewu (dane osoby, która dokonała zamówienia):

7.	Imię i nazwisko	
8.	Numer konta	

.....
(podpis osoby składającej wniosek)

Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody

.....
(podpis Dyrektora CNE)