

Experyment

....., dnia
(miejscowość) (data)

.....
(imię i nazwisko/nazwa)

.....
(ulica, kod pocztowy, miejscowość)

.....
(ulica, kod pocztowy, miejscowość c.d.)

.....
(adres e-mail do kontaktu)

.....
(nr telefonu do kontaktu)

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

FORMULARZ ZWROTU

1.	Numer zamówienia:	
2.	Data (planowanej) wizyty:	
3.	Ilość biletów/voucherów*:	
4.	Numer biletów/voucherów*:	
5.	Kwota do zwrotu:	
6.	Numer paragonu/faktury*:	
7.	Przyczyna żądania zwrotu:	☐ odstępuję od umowy w terminie 14 dni od dnia zakupu (dotyczy voucherów) ☐ odstępuję od umowy nie później niż na 14 dni przed aktywnością, na którą bilety zostały zakupione (dotyczy biletów grupowych)

*niepotrzebne skreślić

.....
(podpis osoby składającej wniosek)

Wyrażam zgodę/Nie wyrażam zgody

.....
(podpis Dyrektora CNE)