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)

Proszę o zwrot płatności dokonanej za bilet(y)/voucher(y)* i podaję następujące dane do przelewu**:	
Imię i nazwisko	
Numer konta	

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

……
(podpis osoby składającej wniosek)

Wyrażam zgodę/Nie wyrażam zgody

……
(podpis Dyrektora CNE)