

PEDIDO DE REEMBOLSO DE BILHETES / TICKET REFUND REQUEST

IDENTIFICAÇÃO DO ESPETÁCULO / SHOW

Nome/Show Name _____

Data do Espetáculo/Date ____ / ____ / ____

Fila/Frisa/Camarote / Row/Loggia/Box _____

Assentos/Seats ____ / ____ / ____ / ____

IDENTIFICAÇÃO PESSOAL / PERSONAL IDENTIFICATION

Nome Completo/Full Name _____

NIF/Tax Identification number _____

IBAN/Account number _____

Email _____

Contato telefónico/Phone number _____

SWIFT Code _____

(em caso de reembolsos efectuados para o estrangeiro)

ATENÇÃO / ATTENTION

- Juntar cópia do(s) bilhete(s) / Attach copy of ticket(s)
- Anexar comprovativo do IBAN / Attach the proof of IBAN
- Deverá ser preenchido 1 impresso por cada espetáculo / One form for each show
- Devolução efetuada por transferência bancária / Refund by account transfer
- Reembolso aplicável apenas aos espetáculos cancelados pelo produtor do mesmo/
Only applicable to shows cancelled by the producer of the event.

Envio do formulário para/ send form to: bilheteira.teatro@cm-funchal.pt