

.....

Kwidzyn, dnia .....

nazwisko i imię

.....

.....

.....

Adres

**Powiślańska Komunikacja Samochodowa Sp. z o.o.**

**w Kwidzynie**

**REKLAMACJA**

Proszę o zwrot za niewykorzystany bilet autobusowy nr .....

z dnia ..... na sumę ..... słownie

.....

Godzina zakupu biletu .....

Trasa biletu .....

Bilet został nie wykorzystany z powodu

.....

.....

.....

.....

.....

Podpis

Adnotacje przyjmującego

Data i godzina przyjęcia reklamacji .....

Niewykorzystanie biletu z powodu (awaria autobusu, odwołanie kursu, wina pasażera).

.....

podpis przyjmującego reklamację