

# KiPPE ABONNEMENT

- Ich möchte die KiPPE für 10 Ausgaben ab dem Monat ..... zum Preis von 30 Euro abonnieren.
- Ich möchte 2 Exemplare der KiPPE für 10 Ausgaben ab dem Monat ..... zum Preis von 55 Euro abonnieren.
- Ich möchte die KiPPE mit einem Förderabo in der Höhe von ..... Euro unterstützen.

---

Name, Vorname

---

PLZ/Ort

---

Straße, Nr.

## Zahlungswunsch

per Überweisung

SZL Suchtzentrum gGmbH · IBAN: DE42 8602 0500 0003 4637 00  
BIC BFSWDE33LPZ · Bank für Sozialwirtschaft · Stichwort KiPPE ·

per Verrechnungsscheck

per Einzugsermächtigung

Ich erkläre mich einverstanden, dass die Abo-Gebühren 1x pro Jahr von meinem Konto abgebucht werden. Diese Ermächtigung ist jederzeit schriftlich widerrufbar.

Kontoinhaber

---

Bank

---

Konto-Nr.:

BLZ

---

Datum

Unterschrift

---

Das Abo verlängert sich automatisch um 10 weitere Ausgaben (davon 2 Doppelausgaben), wenn es nicht vor Erhalt der 9. Ausgabe gekündigt wird. Vielen Dank!