

# KiPPE ABONNEMENT

☐ Ich möchte die KiPPE für 10 Ausgaben ab dem Monat ..... zum Preis von 45 Euro abonnieren.

☐ Ich möchte die KiPPE als **Geschenk-Abo** für 10 Ausgaben ab dem Monat ..... zum Preis von 45 Euro abonnieren.

☐ Ich möchte die KiPPE mit einem **Förderabo** ab dem Monat ..... in Höhe von ..... Euro unterstützen.

.....  
Name, Vorname

.....  
Straße, Nr.

.....  
PLZ/Ort

## Lieferadresse (bei Geschenk-Abo)

.....  
Name, Vorname

.....  
Straße, Nr.

.....  
PLZ/Ort

## Zahlungswunsch

☐ **per Überweisung**

SZL Suchtzentrum gGmbH · IBAN: DE06 3702 0500 0003 4637 00  
BIC BFSWDE33XXX · Bank für Sozialwirtschaft · Stichwort KiPPE

☐ **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

.....  
IBAN

.....  
BIC

.....  
Datum

.....  
Unterschrift

Den Bestellschein senden Sie bitte an: SZL Suchtzentrum, Straßenmagazin KiPPE, Plautstr. 18, 04179 Leipzig oder [redaktion.kippe@suchtzentrum.de](mailto:redaktion.kippe@suchtzentrum.de). Das Abo verlängert sich automatisch um 10 weitere Ausgaben, wenn es nicht vor Erhalt der 9. Ausgabe gekündigt wird. Ausgenommen: Geschenk-Abos. Vielen Dank!