

# Soziale Politik & Demokratie

Postfach 120 364, 10593 Berlin, Fax: 030 - 31 31 662

## Bestellschein

Bitte einsenden an

Soziale Politik & Demokratie, Postfach 120 364, 10593 Berlin oder als Fax an 030-3131662

Name und Adresse:

---

---

---

Hiermit bestelle ich \_\_\_\_\_ Exemplare der Zeitung „Soziale Politik & Demokratie“ für ein Jahr

- zum Kostenpreis von 50 Euro (inkl. Porto) / in 4 Raten zu je 12,50 pro Exemplar
- zum ermäßigtem Preis von 30 Euro (inkl. Porto) / in 4 Raten zu je 7,50 Euro
- zum Spendenpreis von \_\_\_\_\_ Euro
- Ich unterstütze die Zeitung durch eine einmalige Spende von \_\_\_\_\_ Euro
- Ich unterstütze die Zeitung durch eine monatl. / viertelj. Spende von \_\_\_\_\_ Euro

- Ich habe den Betrag von \_\_\_\_\_ Euro auf das

Konto Carla Boulboullé

Berliner Volksbank, BLZ 100 900 00, Kontonr. 56 29 455 002 überwiesen.

BIC: BEVODEBB, IBAN: DE42 1009 0000 5629 4550 02

- Ich bin damit einverstanden, dass die Abonnementsgebühren in Höhe von \_\_\_\_\_ Euro
  - einmal jährlich
  - in vier Raten mittels SEPA-Lastschrift eingezogen werden.

Dazu erteile ein SEPA-Lastschriftenmandat (**siehe Rückseite**)

Das Abonnement verlängert sich um ein Jahr, wenn es nicht 1 Monat vor dem Ablauf gekündigt wird.

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

# Soziale Politik & Demokratie

Postfach 120 364, 10593 Berlin, Fax: 030 - 31 31 662

Vertreten durch Gotthard Krupp-Boulboulé, Knesebeckstr. 98, 10623 Berlin

**Gläubiger-Identifikationsnummer: DE08ZZZ00000966818**

**Mandatsreferenz: wird gesondert mitgeteilt.**

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_

Name und Vorname

\_\_\_\_\_

Straße und Hausnummer

\_\_\_\_\_

Postleitzahl und Ort

\_\_\_\_\_

Email-Adresse

## SEPA-Lastschriftenmandat:

Ich ermächtige

die Redaktion der Sozialen Politik & Demokratie, vertreten durch **Gotthard Krupp-Boulboulé**

Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von Gotthard Krupp-Boulboulé auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Bank: \_\_\_\_\_

Bankleitzahl: \_\_\_\_\_ Kontonummer: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_  
22 Stellen

BIC: \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ \_\_ \_\_  
8 oder 11 Stellen:

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift des Kontoinhabers: \_\_\_\_\_