

Name _____

Straße _____

Ort _____

Mitgliedsnummer_____

An die
Ärzteversorgung Westfalen-Lippe
48135 Münster

**Antrag auf Herabsetzung der Versorgungsabgabe
für selbstständig tätige Mitglieder**

Hiermit beantrage ich die Herabsetzung meiner Versorgungsabgabe auf das

1,2-Fache der durchschnittlichen Versorgungsabgabe des vorletzten
Geschäftsjahres

(2025 = 1.632,00 € monatlich)

1,1-Fache der durchschnittlichen Versorgungsabgabe des vorletzten
Geschäftsjahres

(2025 = 1.496,00 € monatlich)

Die Herabsetzung der Versorgungsabgabe gilt ab _____ 2025 und bis auf Widerruf.

(Monat)

_____, den _____

(Ort)

(Datum)

(Unterschrift)