



ÄRZTEVERSORGUNG
Westfalen-Lippe

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)