

Name \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

Ort \_\_\_\_\_

Mitgliedsnummer\_\_\_\_\_

An die  
Ärzteversorgung Westfalen-Lippe  
48135 Münster

**Antrag auf Herabsetzung der Versorgungsabgabe  
für niedergelassene Mitglieder**

Hiermit beantrage ich die Herabsetzung meiner Versorgungsabgabe auf das

1,2-Fache der durchschnittlichen Versorgungsabgabe des vorletzten  
Geschäftsjahres

(2026 = 1.689,60 € monatlich)

1,1-Fache der durchschnittlichen Versorgungsabgabe des vorletzten  
Geschäftsjahres

(2026 = 1.548,80 € monatlich)

Die Herabsetzung der Versorgungsabgabe gilt ab \_\_\_\_\_ 2026 und bis auf Widerruf.

(Monat)

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_

(Ort)

(Datum)

(Unterschrift)