



**ÄRZTEVERSORGUNG**  
Westfalen-Lippe

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

(2024 = 1.588,80 € monatlich)

1,1-Fache der durchschnittlichen Versorgungsabgabe des vorletzten  
Geschäftsjahres

(2024 = 1.456,40 € monatlich)

Die Herabsetzung der Versorgungsabgabe gilt ab \_\_\_\_\_ 2024 und bis auf Widerruf.

(Monat)

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

(Ort)

(Datum)

(Unterschrift)