

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

(2022 = 1.533,60 € monatlich)

1,1-Fache der durchschnittlichen Versorgungsabgabe des vorletzten
Geschäftsjahres

(2022 = 1.405,80 € monatlich)

Die Herabsetzung der Versorgungsabgabe gilt ab _____ 2022 und bis auf Widerruf.
(Monat)

_____, den _____
(Ort) (Datum) (Unterschrift)