|  |
| --- |
| Ihr Name • Straße, Hausnummer • PLZ Ort |
|  |
| Name des KostenträgersStraße/ PostfachPLZ Ort |

Ort, Datum

**Widerspruch gegen Ihren Bescheid vom (Datum)
Bearbeitungsnummer, Versichertennummer, BG-Nummer o.ä.**

Sehr geehrte Damen und Herren,

gegen Ihren Bescheid vom (Datum) erhebe ich hiermit fristgerecht

**Widerspruch**.

Eine Begründung wird nachgereicht.

Mit freundlichen Grüßen

(Ihre Unterschrift)
(Ihr Name)

**Anlagen (optional)**