|  |
| --- |
| Ihr Name • Straße, Hausnummer • PLZ Ort |
|  |
| Name des Kostenträgers  Straße/ Postfach  PLZ 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)**