

Ihr Name  
Straße Hausnummer  
PLZ Ort  
Telefonnummer (optional)  
E-Mail-Adresse (optional)

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)**