
(Absender)

(Ort, Datum)

Widerspuch:

Mitgliedsnummer: _____

Sehr geehrte Damen und Herren,

gegen den Bescheid vom : _____ erhebe ich Widerspruch

Ich bitte um eine erneute Überprüfung durch den Medizinischen Dienst.

Mit freundlichen Grüßen
