

WIDERSPRUCH GEGEN DEN BESCHEID

Anschrift der Pflegeversicherung

Name: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____

Mobil: _____

E-Mail: _____

Versichertennummer: _____

Datum, Ort: _____

Widerspruch gegen Ihren Bescheid vom _____

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit lege

ich

ich als Bevollmächtigte/r von Herrn/Frau _____

(Name, Vorname) wohnhaft in: _____

geboren am: _____ (Die Vollmacht liegt in Kopie bei)

gegen Ihren Bescheid vom _____ Widerspruch ein.

Das Gutachten des Medizinischen Dienstes liegt bei mir noch nicht vor. Bitten senden Sie es mir zu. Ich werden Ihnen nach Zugang des Gutachtens unaufgefordert eine ausführliche Begründung des Widerspruchs zukommen lassen

Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift