



Widerspruch

Empfänger/in:

Absender/in:

Bescheid vom:

Versichertennummer:

Aktenzeichen:

Sehr geehrte Damen und Herren,
hiermit lege ich Widerspruch ein, gegen Ihren Bescheid vom:

Gleichzeitig bitte ich Sie, mir gemäß § 25 Abs. 1 SGB X zeitnah Einsicht in das vollständige Gutachten des MD/MEDICPROOF zu gewähren.

Sobald mir das Gutachten in Kopie vorliegt, werde ich die Begründung meines Widerspruchs in einem separaten Schreiben nachreichen.

Mit freundlichen Grüßen

X

Datum

X

Unterschrift Antragsteller/in
oder Bevollmächtigte/r