|  |  |
| --- | --- |
| Frau/Herr/Divers/Keine Angabe |  |
|  |  |
| Name, Vorname | Geburtsdatum |
|  |  |
| Straße, Hausnummer | Telefonnummer (Angabe freiwillig) |
|  |  |
| Postleitzahl, Wohnort |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| An das |  |  |
| Bayerische Landessozialgericht  |  | *(auch wenn für die Beschwerde die* *Zweigstelle in Schweinfurt* *zuständig sein sollte, kann die**Beschwerde in München eingelegt werden)* |
| Ludwigstraße 1580539 München |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  | Datum |

Beschwerde

gegen

|  |
| --- |
| den Beschluss des Sozialgerichts  |
| vom |
|  |
|  |
| Die Beschwerde begründe ich wie folgt: (bitte legen Sie dar, warum Sie mit dem Beschluss nicht einverstanden sind)  |
|  |
|  |
| Unterschrift |  |