**Tisztelt Ügyfeleink!**

A ………………………………………………… (szervezet neve) által fenntartott …………………….. (átmeneti szállás, éjjeli menedékhely, stb.) típusú intézményben (cím): …………………………………………..,

**Mentális-, addiktológiai- és pszichiátriai szakmai segítséget biztosítunk az ügyfeleink részére, egyéni és/vagy csoportos formában.**

**A szolgáltatás időpontja**: (minden héten, kedden, 16:00-18:00h között) ………………………….....................................................................

**A szolgáltatást biztosító szakember neve**:…………………………………………

A szolgáltatásról ……………………………………… (név) intézményvezető/programfelelős tud részletes felvilágosítást nyújtani.

Település, éé,hh.nn

xy

intézményvezető

A programról bővebb felvilágosítás a <http://hajlekot.hu/index.php/rsztop> honlapon érhető el.