Zał. 5

...............................……….

/pieczęć jednostki/

**OŚRODKI WSPARCIA DORAŹNEGO DLA BEZDOMNYCH**   
**W WOJEWÓDZTWIE WARMIŃSKO-MAZURSKIM**

**wg stanu na dzień 31 grudnia 2020 r.**

**Zał. 5**

**Objaśnienia:**

**Kolumna 3:**

J – jadłodajnie

Ż – punkt wydawania paczek żywnościowych

O – punkt wydawania odzieży

M – punkt pomocy medycznej

P – pralnia

Ł – łaźnia

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **nazwa placówki** | **kategoria placówki:**  **J**  **Ż**  **O**  **M**  **P**  **Ł** | **adres, miejscowość**  **telefon kontaktowy** | **podmiot prowadzący** | **liczba posiłków dziennie (jadłodajnie)** | **forma pomocy** | **uwagi** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

/sporządził/: ....................................................... /dyrektor / kierownik OPS/: …………………………………………