**Wykaz podmiotów udzielających świadczeń opieki zdrowotnej, w tym transportu sanitarnego, w związku z przeciwdziałaniem COVID-19**

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 1 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COViD - 19 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | **Brzeskie Centrum Medyczne** | | | | | | | | | I |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Brzeg/ 49-301/ Sergiusza Mossora 1 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 77 444 65 36 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000313437 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| nazwa: | **Brzeskie Centrum Medyczne** | **x - 2 karetki** | **x** | | | | **x** | **x - 7.04.2020 r.** | **x - 1 punkt - S** | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Brzeg/ 49-301/ Sergiusza Mossora 1 | | | | | | **od dnia 22.04.2020 r.** | | **od dnia 1.11.2020 r.** | |
| telefon/ telefony | 77 444 65 36 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | **12.11.2020** | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 2 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COViD - 19 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | **SP Zespół Opieki Zdrowotnej w Głubczycach** | | | | | | | | | I i II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Głubczyce/48-100/Skłodowskiej 26 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 77 480 11 70 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000311579 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| nazwa: | **SP Zespół Opieki Zdrowotnej w Głubczycach** | | **x** | | | | **x** | **x - 7.04.2020 r.** | **x - S** | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Głubczyce/48-100/Skłodowskiej 26 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 77 480 11 70 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 3 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COViD - 19 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | **SP ZOZ Zespół Opieki Zdrowotnej** | | | | | | | | | I<br>II (do 10.01.2021r.) |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Głuchołazy/48-340/Marii Curie-Skłodowskiej 16 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 77 439 15 68 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000317665 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| nazwa: | **SP ZOZ Zespół Opieki Zdrowotnej** | | **x** | | | | **x** | **x - 7.04.2020 r.** | **x - S** | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Głuchołazy/48-340/Marii Curie-Skłodowskiej 16 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 77 439 15 68 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | **4.11.2020 r.** | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | **5.12.2020 r.** | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 4 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COViD - 19 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | **Stobrawskie Centrum Medyczne sp. z o.o.** | | | | | | | | | I (od 10.01.2021r.) i II (do 10.01.2021r.) |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kup/46-082/Miarki 14 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 77 403 28 50 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 530938517 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| nazwa: | **Stobrawskie Centrum Medyczne sp. z o.o.** | | **x** | | | | **x** | **x - 7.04.2020 r.** | **x - S** | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kup/46-082/Miarki 14 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 77 403 28 50 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 5 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COViD - 19 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | **Zespół Opieki Zdrowotnej w Oleśnie** | | | | | | | | | I<br>II - do 21.12.2020 r. |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Olesno/46-300/Klonowa 1 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 34 350 97 00 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000306584 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| nazwa: | **Zespół Opieki Zdrowotnej w Oleśnie** | | **x** | | | | **x** | **x - 7.04.2020 r.** | **x - S** | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Olesno/46-300/Klonowa 1 | | | | | | | | **od dnia 03.06.2020 r.** | |
| telefon/ telefony | 34 350 97 00 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 6 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COViD - 19 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | **116 Szpital Wojskowy z Przychodnią Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej** | | | | | | | | | I i II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole /45-759/Walerego Wróbleskiego 46; | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 261-62-51-29 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 531563611 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| nazwa: | **116 Szpital Wojskowy z Przychodnią Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej** | | **x** | | | | **x** | **x- 7.04.2020 r.** | **x - S** | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole /45-759/Walerego Wróbleskiego 46; | | | | | | | | **od dnia 07.05.2020 r.** | |
| telefon/ telefony | 261-62-51-29 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 7 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COViD - 19 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | **SP Zakład Opieki Zdrowotnej MSWiA w Opolu** | | | | | | | | | II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-075/Krakowska 44 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 77 401 11 00 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 531163515 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| nazwa: | **SP Zakład Opieki Zdrowotnej MSWiA w Opolu** | | **x** | | | | **x** | **x - 7.04.2020 r.** | **x -S** | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-075/Krakowska 44 | | | | | | **od dnia 22.04.2020 r.** | | **od dnia 05.06.2020 r.** | |
| telefon/ telefony | 77 401 11 00 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 8 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COViD - 19 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | **Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. św. Jadwigi w Opolu** | | | | | | | | | **I oraz III w zakresie trombektomi mechanicznej w udarze niedokrwiennym mózgu; świadczenia dla pacjentów ze schorzeniami z zakresu psychiatrii** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/ 45-221/ ul.Wodociągowa 4 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 77 54 14 200 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000294303 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| nazwa: | **Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. św. Jadwigi w Opolu** | | **x** | | | | **x** | **x - 10.04.202 r.** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/ 45-221/ ul.Wodociągowa 4 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 77 54 14 200 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 9 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COViD - 19 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | **Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Opolu** | | | | | | | | | **I i III w zakresie kardiochirurgii, neurochirurgii, chirurgii naczyniowej, dziecięcej i szczękowo-twarzowej** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/ 45-401/Aleja Wincentego Witosa 26 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 77 452 07 45 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 530512391 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| nazwa: | **Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Opolu** | | **x** | | | | **x** | **x - 7.04.2020 r.** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/ 45-401/Aleja Wincentego Witosa 26 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 77 452 07 45 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | transport sanitarny ** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | **Szpital tymczasowy** | | | | | | | | | szpital tymczasowy |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Centrum Wystawienniczo-Kongresowe (CWK) Opole/ 45-835/ Wrocławska 158 | | x | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 77 452 07 45 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | 27.12.2020 | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 10 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COViD - 19 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | **Szpital Powiatowy im. Prałata J. Glowatzkiego w Strzelcach Opolskich** | | | | | | | | | I<br>II - do 21.12.2020 r. |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Strzelce Opolskie/47-100/Opolska 36A | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 77 461 33 80 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000311585 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **transport sanitarny ** ** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| nazwa: | **Szpital Powiatowy im. Prałata J. Glowatzkiego w Strzelcach Opolskich** | | **x** | | | | **x** | **x - 7.04.2020 r.** | **x - S** | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Strzelce Opolskie/47-100/Opolska 36A | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 77 461 33 80 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | **21.09.2020 r.** | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 11 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COViD - 19 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | **EMC Instytut Medyczny S. A Szpital Świętego Rocha w Ozimku** | | | | | | | | | I i II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ozimek/ 46-040/ ul. Częstochowska 31 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 77 427 34 91 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 933040945 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **transport sanitarny ** ** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| nazwa: | **EMC Instytut Medyczny S. A Szpital Świętego Rocha w Ozimku** | | **x** | | | | **x** | **x - 7.04.2020 r.** | **x -S** | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ozimek/ 46-040/ ul. Częstochowska 31 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 77 427 34 91 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 12 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COViD - 19 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | **Powiatowe Centrum Zdrowia S.A. w Kluczborku** | | | | | | | | | I<br>II - do 21.12.2020 r. |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kluczbork/46-200/Skłodowskiej-Curie 23 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 77 417 35 00 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 532421008 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| nazwa: | **Powiatowe Centrum Zdrowia S.A. w Kluczborku** | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kluczbork/46-200/Skłodowskiej-Curie 23 | | **x** | | | | **x** | **x - 7.04.2020 r.** | | |
| telefon/ telefony | 77 417 35 00 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 13 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COViD - 19 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | **Prudnickie Centrum Medyczne S. A w Prudniku** | | | | | | | | | I<br>II (do 10.01.2021r.) |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Prudnik/ 48-200/ Szpitalna 14 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 77 406 78 00 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 532448467 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| nazwa: | **Prudnickie Centrum Medyczne S. A w Prudniku** | | | | | | **x** | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Prudnik/ 48-200/ Szpitalna 14 | | **x** | | | | **od dnia 30.04.2020 r.** | **x- 9.04.2020 r.** | **x - S** | |
| telefon/ telefony | 77 406 78 00 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 14 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COViD - 19 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | **Krapkowickie Centrum Zdrowia** | | | | | | | | | I i II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Krapkowice/ 47-303/XXX-lecia 21 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 77 4467228, 77 4467229 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 160213499 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| nazwa: | **Krapkowickie Centrum Zdrowia** | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Krapkowice/ 47-303/XXX-lecia 21 | | **x** | | | | **x** | **x - 7.04.2020 r.** | **x - S i M** | |
| telefon/ telefony | 77 4467228, 77 4467229 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | **1.11.2020 r.** | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 15 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COViD - 19 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | **Namysłowskie Centrum Zdrowia S. A. NZOZ** | | | | | | | | | I (od 4.01. 2021r.) II (do 4.01.2021r.) |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Namysłów/ 46-100/ ul. Oleśnicka 10 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 77 404 02 48 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 160216463 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| nazwa: | **Namysłowskie Centrum Zdrowia S. A. NZOZ** | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Namysłów/ 46-100/ ul. Oleśnicka 10 | | **x** | | | | **x** | **x - 7.04.2020 r.** | **x - S** | |
| telefon/ telefony | 77 404 02 48 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 16 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COViD - 19 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | **Szpital Wojewódzki w Opolu spółka z o.o.** | | | | | | | | | II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-372/Augustyna Kośnego 53 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 77 443 31 00, | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 531418151 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| nazwa: | **ODDZIAŁ CHORÓB ZAKAŹNYCH** | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-061/ Katowicka 64 | | **x** | **x** | | | **x** | **x - 7.04.2020 r.** | | |
| telefon/ telefony | 77 443 30 43, 77 443 30 44 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | **01.10.2020** | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| nazwa: | **ODDZIAŁ CHORÓB ZAKAŹNYCH** | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-061/ Katowicka 64 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 77 443 30 43, 77 443 30 44 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | **03.11.2020** | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | **19.12.2020** | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 17 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COViD - 19 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | **Zespół Opieki Zdrowotnej w Nysie** | | | | | | | | | II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nysa/48-300/Bohaterów Warszawy 34 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 77 408 78 30 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000313443 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| nazwa: | **ODDZIAŁ OBSERWACYJNO-ZAKAŹNY** | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nysa/48-300/ Bohaterów Warszawy 34 | | **x** | **x** | | | **x** | **x - 7.04.2020 r.** | | |
| telefon/ telefony | 77 408 79 56 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | **04.11.2020** | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 18 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COViD - 19 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | **SP Zespół Opieki Zdrowotnej w Kędzierzynie-Koźlu** | | | | | | | | | (II, III) IV |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kędzierzyn-Koźle/47-200/ 24 Kwietnia 5 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 77 406 25 00 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000314661 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| nazwa: | **SP Zespół Opieki Zdrowotnej w Kędzierzynie-Koźlu** | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kędzierzyn-Koźle/47-200/ 24 Kwietnia 5 | | **x** | **x** | | | **x** | **x - 7.04.2020 r.** | **x - S** | |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| nazwa: | **SP Zespół Opieki Zdrowotnej w Kędzierzynie-Koźlu** | | | | | | | | **x - od 3.11.2020 r. - S** | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kędzierzyn-Koźle/47-200/ 24 Kwietnia 5 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | **04.11.2020** | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 19 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COViD - 19 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | **SP ZOZ Szpital Specjalistyczny MSWiA w Głuchołazach im. św. Jana Pawła II** | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Głuchołazy/48-340/M.Karłowicza 40 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 77 439 16 14 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 531172135 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| nazwa: | **SP ZOZ Szpital Specjalistyczny MSWiA w Głuchołazach im. św. Jana Pawła II** | | | | | | **x** | **x - 7.04.2020 r.** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Głuchołazy/48-340/M.Karłowicza 40 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 77 439 16 14 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 20 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COViD - 19 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | **Opolskie Centrum Ratownictwa Medycznego** | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-369 /Adama Mickiewicza 2-4 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 77 441 36 39 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000292445 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| nazwa: | **ZESPÓŁ TRANSPORTU SANITARNEGO** | **x** | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-369 /Adama Mickiewicza 2-4 | **3 karetki** | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 600 498 685, 690 497 875, 77 441 36 00 , 77 551 36 01 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 21 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COViD - 19 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | **DAVITA sp. z o.o.** | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-748/ul. Wojciecha Biasa 31 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 77 445 59 46 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 145884498 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| nazwa: | **DAVITA sp. z o.o.** | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-748/ul. Wojciecha Biasa 31 | | **x** | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 77 445 59 46 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | **18.01.2021** | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 22 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COViD - 19 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | **Kliniczne Centrum Ginekologii, Położnictwa i Neonatologii w Opolu** | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/ 45-057/ ul. Reymonta 8 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 77 434 06 34 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000640136 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| nazwa: | **Kliniczne Centrum Ginekologii, Położnictwa i Neonatologii w Opolu** | | | | | | **x** | **x - 7.04.2020 r.** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/ 45-057/ ul. Reymonta 8 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 77 434 06 34 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 23 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COViD - 19 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | **Józef Murawski Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej SANMED spółka z o o** | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łambinowice/ 48-316/ul. Dworcowa 4 lok. 3 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 77 434 35 05 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 362542315 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| nazwa: | **Józef Murawski Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej SANMED spółka z o o** | | | | **x** | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łambinowice/ 48-316/ul. Dworcowa 4 lok. 3 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 77 434 35 05 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 24 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COViD - 19 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | **Zespół Opieki Zdrowotnej w Białej** | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Biała/48-210/ Moniuszki 8 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 77 438 70 33, 77 438 72 16 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 530571749 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | **II** |
| nazwa: | **Zespół Opieki Zdrowotnej w Białej** | | | | | | **x** | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Biała/48-210/ Moniuszki 8 | | **x** | | | | **od dnia 22.04.2020 r.** | **x- 8.04.2020 r.** | | |
| telefon/ telefony | 77 438 70 33, 77 438 72 16 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 25 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COViD - 19 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | **Opolskie Centrum Rehabilitacji Spółka z o.o** | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Korfantów/ 48-317/Wyzwolenia 11 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 77 43 44 000, 77 43 44 005 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 00065453 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| nazwa: | **Opolskie Centrum Rehabilitacji Spółka z o.o** | | | | | | **x** | **x- 7.04.2020 r.** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Korfantów/ 48-317/Wyzwolenia 11 | | | | | | **od dnia 15.04.2020 r.** | | | |
| telefon/ telefony | 77 43 44 000, 77 43 44 005 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 26 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COViD - 19 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | **Klinika Nova Spółka z o.o.** | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kędzierzyn-Koźle/ 47-206/ ul. Kłosowa 7 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 77 70 70 100 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 161509339 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| nazwa: | **Klinika Nova Spółka z o.o.** | | | | | | **x** | **x** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kędzierzyn-Koźle/ 47-206/ ul. Kłosowa 7 | | | | | | **od dnia 17.04.2020 r.** | **od dnia 7.10.2020 r.** | | |
| telefon/ telefony | 77 70 70 100 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 27 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COViD - 19 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | **SP ZOZ Opolskie Centrum Onkologii im. prof. T. Koszarowskiego** | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/ 45-061/ ul. Katowicka 66a | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 77 401 11 70/ 77 401 10 00 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 531420768 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| nazwa: | **SP ZOZ Opolskie Centrum Onkologii im. prof. T. Koszarowskiego** | | | | | | | **x - 7.04.2020 r.** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/ 45-061/ ul. Katowicka 66a | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 77 401 11 70/ 77 401 10 00 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 28 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COViD - 19 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | **Scanmed S.A.<br>Kluczborskie Centrum Kardiologii** | | | | | | | | | III |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kluczbork/ 46-200/ ul. M. C. Skłodowskiej 23 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 785 059 385, (77) 410 82 18 wew. 102 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 351618159 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| nazwa: | **Scanmed S.A.<br>Kluczborskie Centrum Kardiologii** | | **x** | | | | **X** | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kluczbork/ 46-200/ ul. M. C. Skłodowskiej 23 | | **od dnia 27.10.2020 r.** | | | | **od dnia 25.05.2020 r.** | | | |
| telefon/ telefony | 785 059 385, (77) 410 82 18 wew. 102 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 29 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COViD - 19 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | **NZOZ „Ortopedia" S.C.** | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/ 45-222/ Oleska 97 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 77 474 32 09, 77 416 52 25 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 160088887 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| nazwa: | **NZOZ „Ortopedia" S.C.** | | | | | | **X** | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/ 45-222/ Oleska 97 | | | | | | **od dnia 03.07.2020 r.** | | | |
| telefon/ telefony | 77 474 32 09, 77 416 52 25 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 30 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COViD - 19 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | **Specjalistyczny Szpital im. Ks. Biskupa Józefa Nathana w Branicach** | | | | | | | | | **I (od 20.11.2020 r.) i III w zakresie leczenia zespołów abstynencyjnych dla pacjentów oddziałów psychiatrycznych i oddziału detoksykacyjnego (OLAZA) oraz w zakresie leczenia pacjentów psychiatrycznych (od 4.12.2020r.)** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Branice/ 48-140/ Szpitalna 18 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 77 403 43 02 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000291055 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| nazwa: | **Specjalistyczny Szpital im. Ks. Biskupa Józefa Nathana w Branicach** | | **x** | | | | **X** | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Branice/ 48-140/ Szpitalna 18 | | | | | | **od dnia 22.04.2020 r.** | | | |
| telefon/ telefony | 77 403 43 02 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | **12.11.2020** | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 31 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COViD - 19 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | **Diagnostyka Sp. z o.o.** | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kraków/31-864/Życzkowskiego 16 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 12 295 01 51 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 356366975 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| nazwa: | **Diagnostyka Sp. z o.o.** | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Olesno /46-300/ ul. Małe przedmiescie 14 | | | | | | | | **x - S** | |
| telefon/ telefony | 343584783 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | **15.09.2020 r.** | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| nazwa: | **Diagnostyka Sp. z o.o.** | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole /45-551/ ul. Tuwima 1 | | | | | | | | **x - S** | |
| telefon/ telefony | 775559090 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | **15.09.2020 r.** | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| nazwa: | **Diagnostyka Sp. z o.o.** | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kluczbork/ 46-200/ ul. Skłodowskiej-Curie 6 | | | | | | | | **x - S** | |
| telefon/ telefony | 774133410 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | **15.09.2020 r.** | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 4 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| nazwa: | **Diagnostyka Sp. z o.o.** | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nysa/ 48-303/ ul. Sudecka 23 | | | | | | | | **x - S** | |
| telefon/ telefony | 503 923 601 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | **23.09.2020 r.** | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 5 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| nazwa: | **Diagnostyka Sp. z o.o.** | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Otmuchów/ 48-385/ ul. Mickiewicza 1 | | | | | | | | **x - S** | |
| telefon/ telefony | 503 923 601 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | **24.09.2020 r.** | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 6 * | | transport sanitarny ** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | **Diagnostyka Sp. z o.o.** | | | | | | | | x - S | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Paczków/ 48-370/ ul. Wojska Polskiego 27 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 503 923 601 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | **25.09.2020 r.** | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 7 * | | transport sanitarny ** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | **Diagnostyka Sp. z o.o.** | | | | | | | | x - S | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-047 / ul. Waryńskiego 30 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 693 941 037 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | **01.10.2020** | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 8 * | | transport sanitarny ** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | **Diagnostyka Sp. z o.o.** | | | | | | | | x - S | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Korfantów/ 48-317/ ul. Fabryczna 4 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 500 872 089 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | | **09.11.2020** | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 32 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COViD - 19 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | **Centrum Terapii Nerwic w Mosznej Spółka z o.o.** | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zielina/47-370/Zamkowa 1A | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 77 466 84 18 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000293634 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **transport sanitarny ** ** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| nazwa: | **Centrum Terapii Nerwic w Mosznej Spółka z o.o.** | | | x | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zielina/47-370/Zamkowa 1A | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 77 466 84 18 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | **4.11.2020 r.** | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | **01.01.2021 r.** | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 33 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COViD - 19 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | **VITAL MEDIC sp. z o.o.** | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kluczbork/ 46-200/ Skłodowskiej-Curie 21 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 77 549 26 00 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 160286601 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | **II** |
| nazwa: | **VITAL MEDIC sp. z o.o.** | | **x** | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kluczbork/ 46-200/ Skłodowskiej-Curie 21 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 77 466 84 18,77 466 84 63 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | **04.11.2020** | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 34 | | katalog realizowanych świadczeń | | | | | | | | Poziom zabezpieczenia COViD - 19 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | **„Falck Medycyna" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością** | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa/01-102/Jana Olbrachta 94 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 22 278 82 08 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 15755741 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| nazwa: | **„Falck Medycyna" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością** | **x - 2 karetki** | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kluczbork/ 46-206/ ul. Mickiewicza 16/18 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 504 188 124 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | **12.11.2020** | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| nazwa: | **„Falck Medycyna" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością** | **x - 1 karetka** | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/ 45-752 / ul.Dworska 2B | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 504 188 124 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | **12.11.2020** | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 2 * | | transport sanitarny ** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | **„Falck Medycyna" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością** | **x - 2 karetki** | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Szpital tymczasowy, Centrum Wystawienniczo-Kongresowe (CWK) Opole/ 45-835/ Wrocławska 158 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | **27.12.2020** | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 35** | | **katalog realizowanych świadczeń** | | | | | | | | **Poziom zabezpieczenia COViD - 19** |
| nazwa: | **Diaverum sp. z o.o.** | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa/ 04-769/ Cylichowska 13/15 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 22 516 06 00 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 140878910 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **transport sanitarny ** ** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| nazwa: | **Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Diaverum w Głubczycach** | | **x** | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Głubczyce/ 48-100/ Marii Skłodowskiej 26 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 77 485 38 57, 22 516 06 42 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | **17.11.2020** | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | **18.01.2021** | | | | | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 36** | | **katalog realizowanych świadczeń** | | | | | | | | **Poziom zabezpieczenia COViD - 19** |
| nazwa: | **Helimed Diagnostic Imaging sp.z o.o. spółka komandytowa** | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Katowice/ 40-760/ Panewnicka 65 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 48 32 355 95 20 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 276200044 | | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **transport sanitarny ** ** | **leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **teleporada** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **test na obecność wirusa SARS-CoV-2** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| nazwa: | **Pracownia Tomografii Komputerowej** | | **x** | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kędzierzyn-Koźle/47-200/ Franklina Delano Roosevelta 4 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 77 441 38 70 | | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | **17.12.2020** | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | | | |

**Wykaz - dodatkowa opłata ryczałtowa za utrzymanie stanu gotowości do udzielania świadczeń w reżimie sanitarnym uwzględniającym wprowadzenie na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej stanu zagrożenia epidemicznego, a następnie stanu epidemii**

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą | rodzaj realizowanych świadczeń |
|---|---|
| | świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń POZ | X |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń AOS | X |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń SZP | X |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń PSY | X |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń REH | X |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń STM | X |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń UZD | X |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń PRO | X |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń SOK | X |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń SPO | X |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń OPH | X |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń RTM | X |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń PDT | X |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń PILOTAŻ | X |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie karty DILO | X |

| Wykaz - Porady lekarskie udzielane na rzecz pacjenta z dodatnim wynikiem testu diagnostycznego w kierunku SARS-CoV-2 | |
|---|---|
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą** | **rodzaj realizowanych świadczeń** |
| | **świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń** |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń POZ | **X** |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń SZP | **X** |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń AOS | **X** |

| Wykaz - Wykonanie testu antygenowego na obecność wirusa SARS-CoV-2 | |
|---|---|
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą** | **rodzaj realizowanych świadczeń** |
| | **świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń** |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń SZP | **X** |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń RTM | **X** |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń POZ | **X** |

| Wykaz - Kwalifikacja do programu Domowa Opieka Medyczna | |
|---|---|
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą** | **rodzaj realizowanych świadczeń** |
| | **świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń** |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń POZ | X |

**Wykaz podmiotów wykonujących działalność leczniczą realizujących szczepienia przeciw COVID-19**

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 1 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|---|---|---|
| nazwa: | Zespół Opieki Zdrowotnej w Białej | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Biała/48-210/ Moniuszki 8 | | |
| telefon/ telefony: | 77 438 70 33 | | |
| identyfikator REGON | 530571749 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **szczepienie personelu *** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Zespół Opieki Zdrowotnej w Białej | W | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Biała/48-210/ Moniuszki 8 | | |
| telefon/ telefony | 77 438 70 33 | | |
| Data dodania do wykazu | 27.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 2** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | SPZOZ w Kędzierzynie - Koźlu, Szpital wielospecjalistyczny | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kędzierzyn-Koźle/47-200/ 24 Kwietnia 5 | | |
| telefon/ telefony: | 77 406 25 00 | | |
| identyfikator REGON | 000314661 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **szczepienie personelu *** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | SPZOZ w Kędzierzynie - Koźlu, Szpital wielospecjalistyczny | W | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kędzierzyn-Koźle/47-200/ 24 Kwietnia 5 | | |
| telefon/ telefony | 774 062 400 | | |
| Data dodania do wykazu | 27.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **szczepienie personelu *** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kędzierzyn - Koźle/47-220/Judyma 4 | | |
| telefon/ telefony | 774062752 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3** | | **szczepienie personelu *** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kędzierzyn - Koźle/47-200/24 Kwietnia 7 | | |
| telefon/ telefony | 774062437 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 4** | | **szczepienie personelu *** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet Medycyny Szkolnej | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kędzierzyn - Koźle/47-220/Harcerska 11 | | |
| telefon/ telefony | 774062941 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 3 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|---|---|---|
| nazwa: | 116 Szpital Wojskowy z Przychodnią SPZOZ w Opolu | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole /45-759/Walerego Wróbleskiego 46; | | |
| telefon/ telefony: | 261-62-51-29 | | |
| identyfikator REGON | 531563611 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **szczepienie personelu *** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | 116 Szpital Wojskowy z Przychodnią SPZOZ w Opolu | W | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole /45-759/Walerego Wróbleskiego 46; | | |
| telefon/ telefony | 261-62-51-29 | | |
| Data dodania do wykazu | 28.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **szczepienie personelu *** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Poradnia Lekarza POZ | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-759/ul. Walerego Wróblewskiego 46 | | |
| telefon/ telefony | 261625825 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 4** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | Brzeskie Centrum Medyczne | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Brzeg/ 49-301/ Sergiusza Mossora 1 | | |
| telefon/ telefony: | 77 444 65 36 | | |
| identyfikator REGON | 000313437 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **szczepienie personelu *** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Brzeskie Centrum Medyczne | W | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Brzeg/ 49-301/ Sergiusza Mossora 1 | | |
| telefon/ telefony | 77 444 66 66 | | |
| Data dodania do wykazu | 28.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 5** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | EMC Instytut Medyczny S.A. Szpital św. Rocha w Ozimku | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ozimek/ 46-040/ ul. Częstochowska 31 | | |
| telefon/ telefony: | 77 427 34 91 | | |
| identyfikator REGON | 933040945 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **szczepienie personelu *** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | EMC Instytut Medyczny S.A. Szpital św. Rocha w Ozimku | W | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ozimek/ 46-040/ ul. Częstochowska 31 | | |
| telefon/ telefony | 77 427 34 91 | | |
| Data dodania do wykazu | 28.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **szczepienie personelu *** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Szpital Specjalistyczny Św. Rocha w Ozimku | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ozimek/46-040/Częstochowska 31 | | |
| telefon/ telefony | 774273491 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 6 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|---|---|---|
| nazwa: | KRAPKOWICKIE CENTRUM ZDROWIA SP.Z O.O. | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Krapkowice/ 47-303/XXX-lecia 21 | | |
| telefon/ telefony: | 77 4467228, 77 4467229 | | |
| identyfikator REGON | 160213499 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **szczepienie personelu *** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | KRAPKOWICKIE CENTRUM ZDROWIA SP.Z O.O. | **W** | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Krapkowice/ 47-303/XXX-lecia 21 | | |
| telefon/ telefony | 77 4467228, 77 4467229 | | |
| Data dodania do wykazu | 28.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **szczepienie personelu *** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | KRAPKOWICKIE CENTRUM ZDROWIA SP.Z O.O. | **W** | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Górażdże/46-077/ ul. Główna 23 | | |
| telefon/ telefony | (77)446 72 28/(77) 407 50 20 | | |
| Data dodania do wykazu | 28.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3** | | **szczepienie personelu *** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Szpital | | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Krapkowice/47-303/Osiedle XXX Lecia 21 | | |
| telefon/ telefony | 774467228 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 7** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | Opolskie Centrum Rehabilitacji w Korfantowie Sp. z o.o | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Korfantów/ 48-317/ Wyzwolenia 11 | | |
| telefon/ telefony: | 77 43 44 005 | | |
| identyfikator REGON | 000654530 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **szczepienie personelu *** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Opolskie Centrum Rehabilitacji w Korfantowie Sp. z o.o | **W** | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Korfantów/ 48-317/ Wyzwolenia 11 | | |
| telefon/ telefony | 77 43 44 005 | | |
| Data dodania do wykazu | 28.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 8** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | Powiatowe Centrum Zdrowia S.A. w Kluczborku | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kluczbork/46-200/Skłodowskiej-Curie 23 | | |
| telefon/ telefony: | 77 417 35 00 | | |
| identyfikator REGON | 532421008 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **szczepienie personelu *** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Powiatowe Centrum Zdrowia S.A. w Kluczborku | **W** | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kluczbork/46-200/Skłodowskiej-Curie 23 | | |
| telefon/ telefony | 77 417 35 00 | | |
| Data dodania do wykazu | 28.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **szczepienie personelu *** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Powiatowe Centrum Zdrowia S.A. w Kluczborku | **W** | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wołczyn/46-250/ ul. Kościuszki 1 | | |
| telefon/ telefony | (77) 417 35 00; 604 468 854; (77) 414 55 00 | | |
| Data dodania do wykazu | 28.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 9 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|---|---|---|
| nazwa: | Prudnickie Centrum Medyczne Spółka Akcyjna w Prudniku | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Prudnik/ 48-200/ Szpitalna 14 | | |
| telefon/ telefony: | 77 406 78 00 | | |
| identyfikator REGON | 532448467 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **szczepienie personelu *** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Prudnickie Centrum Medyczne Spółka Akcyjna w Prudniku | **W** | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Prudnik/ 48-200/ Szpitalna 14 | | |
| telefon/ telefony | 77 406 78 00 | | |
| Data dodania do wykazu | 28.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **szczepienie personelu *** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Prudnickie Centrum Medyczne Spółka Akcyjna w Prudniku | **W** | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Głogówek/ 48-220/ul. Konopnickiej 2 | | |
| telefon/ telefony | (77) 437 33 69/(77)406 78 85 | | |
| Data dodania do wykazu | 28.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 10** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Opolu | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-075/Krakowska 44 | | |
| telefon/ telefony: | 77 401 11 00 | | |
| identyfikator REGON | 531163515 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **szczepienie personelu *** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Opolu | **W** | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-075/Krakowska 44 | | |
| telefon/ telefony | 77 401 11 00 | | |
| Data dodania do wykazu | 28.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 11** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | Zespół Opieki Zdrowotnej w Oleśnie | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Olesno/46-300/Klonowa 1 | | |
| telefon/ telefony: | 34 350 97 00 | | |
| identyfikator REGON | 000306584 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **szczepienie personelu *** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Zespół Opieki Zdrowotnej w Oleśnie | **W** | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Olesno/46-300/Klonowa 1 | | |
| telefon/ telefony | 34 350 97 00 | | |
| Data dodania do wykazu | 28.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 12 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|---|---|---|
| nazwa: | SP ZOZ Szpital Specjalistyczny MSWiA w Głuchołazach im. św. Jana Pawła II | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Głuchołazy/ 48-340/ Karłowicza 40 | | |
| telefon/ telefony: | 77 40 80 123 | | |
| identyfikator REGON | 531172135 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **szczepienie personelu *** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | SP ZOZ Szpital Specjalistyczny MSWiA w Głuchołazach im. św. Jana Pawła II | W | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Głuchołazy/ 48-340/ Karłowicza 40 | | |
| telefon/ telefony | 77 40 80 123 | | |
| Data dodania do wykazu | 28.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 13** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | SP ZOZ W Głubczycach | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Głubczyce/48-100/Skłodowskiej 26 | | |
| telefon/ telefony: | 77 480 11 70 | | |
| identyfikator REGON | 000311579 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **szczepienie personelu *** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | SP ZOZ W Głubczycach | W | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Głubczyce/48-100/Skłodowskiej 26 | | |
| telefon/ telefony | 77 480 11 70 | | |
| Data dodania do wykazu | 28.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **szczepienie personelu *** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Punkt Szczepień | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Głubczyce/48-100/Marii Skłodowskiej Curie 26 | | |
| telefon/ telefony | 774801163 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 14** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | Namysłowskie Centrum Zdrowia S.A. | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Namysłów/ 46-100/ ul. Oleśnicka 10 | | |
| telefon/ telefony: | 77 404 02 48 | | |
| identyfikator REGON | 160216463 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **szczepienie personelu *** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Namysłowskie Centrum Zdrowia S.A. | W | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Namysłów/ 46-100/ ul. Oleśnicka 10 | | |
| telefon/ telefony | 77 404 02 48 | | |
| Data dodania do wykazu | 28.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 15 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|---|---|---|
| nazwa: | Szpital Powiatowy im. Prałata J. Glowatzkiego w Strzelcach Opolskich | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Strzelce Opolskie/47-100/Opolska 36A | | |
| telefon/ telefony: | 77 407 01 00 | | |
| identyfikator REGON | 000311585 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **szczepienie personelu *** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Szpital Powiatowy im. Prałata J. Glowatzkiego w Strzelcach Opolskich | **W** | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Strzelce Opolskie/47-100/Opolska 36A | | |
| telefon/ telefony | 77 407 01 00 | | |
| Data dodania do wykazu | 28.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 16** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | Szpital Wojewódzki w Opolu sp. z o.o. | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-372/Augustyna Kośnego 53 | | |
| telefon/ telefony: | 774433123 | | |
| identyfikator REGON | 53141815100039 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **szczepienie personelu *** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Szpital Wojewódzki w Opolu sp. z o.o. | **W** | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-372/Augustyna Kośnego 53 | | |
| telefon/ telefony | 774433123 | | |
| Data dodania do wykazu | 28.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 17** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Opolu | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/ 45-401/Aleja Wincentego Witosa 26 | | |
| telefon/ telefony: | 77 452 07 45 | | |
| identyfikator REGON | 530512391 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **szczepienie personelu *** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Opolu | **W** | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/ 45-401/Aleja Wincentego Witosa 26 | | |
| telefon/ telefony | 77 452 07 45 | | |
| Data dodania do wykazu | 28.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **szczepienie personelu *** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Opolu - Szpital Tymczasowy | | **3** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/ 45-401/Aleja Wincentego Witosa 26 | | |
| telefon/ telefony | 774520511 | | |
| Data dodania do wykazu | 15.01.2021r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 18** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. św. Jadwigi | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/ 45-221/ ul.Wodociągowa 4 | | |
| telefon/ telefony: | 77 54 14 200 | | |
| identyfikator REGON | 000294303 | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
|---|---|---|---|
| nazwa: | Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. św. Jadwigi | W | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/ 45-221/ ul.Wodociągowa 4 | | |
| telefon/ telefony | 77 54 14 200 | | |
| Data dodania do wykazu | 28.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 19 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|---|---|---|
| nazwa: | Zespół Opieki Zdrowotnej w Nysie | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nysa/48-300/Bohaterów Warszawy 34 | | |
| telefon/ telefony: | 77 408 78 30 | | |
| identyfikator REGON | 000313443 | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
|---|---|---|---|
| nazwa: | Zespół Opieki Zdrowotnej w Nysie | W | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nysa/48-300/Bohaterów Warszawy 34 | | |
| telefon/ telefony | 77 408 78 30 | | |
| Data dodania do wykazu | 28.12.20250 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
|---|---|---|---|
| nazwa: | Zespół Opieki Zdrowotnej w Nysie | W | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Paczków/48-370/ ul. Staszica 3 | | |
| telefon/ telefony | (77) 43 90 306/ (77) 408 78 30 | | |
| Data dodania do wykazu | 28.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 20 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|---|---|---|
| nazwa: | SP ZOZ Opolskie Centrum Onkologii im. prof. T. Koszarowskiego | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/ 45-061/ ul. Katowicka 66a | | |
| telefon/ telefony: | 77 401 11 70/ 77 401 10 00 | | |
| identyfikator REGON | 531420768 | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
|---|---|---|---|
| nazwa: | SP ZOZ Opolskie Centrum Onkologii im. prof. T. Koszarowskiego | P | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/ 45-061/ ul. Katowicka 66a | | |
| telefon/ telefony | 77 401 11 70/ 77 401 10 00 | | |
| Data dodania do wykazu | 29.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 21 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|---|---|---|
| nazwa: | Stobrawskie Centrum Medyczne sp. z o.o. | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kup/46-082/Miarki 14 | | |
| telefon/ telefony: | 77 403 28 50 | | |
| identyfikator REGON | 530938517 | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
|---|---|---|---|
| nazwa: | Stobrawskie Centrum Medyczne sp. z o.o. | P | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kup/46-082/Miarki 14 | | |
| telefon/ telefony | 77 403 28 50 | | |
| Data dodania do wykazu | 29.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
|---|---|---|---|
| nazwa: | Gabinet Pielęniarki POZ | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Chróścice/46-080/Korfantego 1A | | |
| telefon/ telefony | 77 469 52 35 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 22 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|---|---|---|
| nazwa: | SP ZOZ Zespół Opieki Zdrowotnej | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Głuchołazy/48-340/Marii Curie-Skłodowskiej 16 | | |
| telefon/ telefony: | 77 439 15 68 | | |
| identyfikator REGON | 000317665 | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
|---|---|---|---|
| nazwa: | SP ZOZ Zespół Opieki Zdrowotnej | P | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Głuchołazy/48-340/Marii Curie-Skłodowskiej 16 | | |
| telefon/ telefony | 77 439 15 68 | | |
| Data dodania do wykazu | 29.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
|---|---|---|---|
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W GŁUCHOŁAZACH | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GŁUCHOŁAZY/48-340/SKŁODOWSKIEJ 16 | | |
| telefon/ telefony | 774511210 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 23 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|---|---|---|
| nazwa: | Kliniczne Centrum Ginekologii, Położnictwa i Neonatologii w Opolu | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/ 45-057/ ul. Reymonta 8 | | |
| telefon/ telefony: | 77 434 06 34 | | |
| identyfikator REGON | 000640136 | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
|---|---|---|---|
| nazwa: | Kliniczne Centrum Ginekologii, Położnictwa i Neonatologii w Opolu | P | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/ 45-057/ ul. Reymonta 8 | | |
| telefon/ telefony | 77 434 06 34 | | |
| Data dodania do wykazu | 29.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 24 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|---|---|---|
| nazwa: | Specjalistyczny Szpital im. Ks. Biskupa Józefa Nathana w Branicach | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Branice/ 48-140/ Szpitalna 18 | | |
| telefon/ telefony: | 77 403 43 02 | | |
| identyfikator REGON | 000291055 | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
|---|---|---|---|
| nazwa: | Specjalistyczny Szpital im. Ks. Biskupa Józefa Nathana w Branicach | P | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Branice/ 48-140/ Szpitalna 18 | | |
| telefon/ telefony | 77 403 43 02 | | |
| Data dodania do wykazu | 29.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 25 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|---|---|---|
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "PROMED" s.c. | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grodków/49-200/ul. Szpitalna 13 | | |
| telefon/ telefony: | (77)415 52 41 | | |
| identyfikator REGON | 53246040000023 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **szczepienie personelu *** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "PROMED" s.c. | P | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grodków/49-200/ul. Szpitalna 13 | | |
| telefon/ telefony | (77)415 52 41 | | |
| Data dodania do wykazu | 29.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 18.01.2021r. | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 26** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej WILKOSZ-MED S.C. Barbara Zagojska-Wilkosz, Anna Wilkosz, Paweł Wilkosz, Wojciech Wilkosz | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zdzieszowice/47-330/ul.Strzelecka 54 | | x |
| telefon/ telefony: | 774844855 | | |
| identyfikator REGON | 53219823700029 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **szczepienie personelu *** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Poradnia Lekarza POZ | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zdzieszowice/47-330/ul. Strzelecka 54 | | |
| telefon/ telefony | 774844855 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 27** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | NZOZ SPECJALISTYCZNA PRAKTYKA LEKARSKA LESZEK WYRWA | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ozimek/46-040/ul.Częstochowska 31 | | x |
| telefon/ telefony: | 604409581 | | |
| identyfikator REGON | 53226099900020 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **szczepienie personelu *** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | NZOZSpecjalistyczna Praktyka Lekarska Leszek Wyrwa | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ozimek/46-040/ul. Częstochowska 31 | | |
| telefon/ telefony | 774436778 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 28** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | Irena Pass-Szczepańska | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bierawa/47-240/ul.Dworcowa 8 | | x |
| telefon/ telefony: | 77 4872145 | | |
| identyfikator REGON | 53100154000030 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **szczepienie personelu *** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Punkt Szczepień | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bierawa/47-240/ul. Dworcowa 8 | | |
| telefon/ telefony | 77 4872145 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 29 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|---|---|---|
| nazwa: | PIAST-MED spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kędzierzyn-Koźle/47-232/Leszka Białego 5/1 | | x |
| telefon/ telefony: | 500201401 | | |
| identyfikator REGON | 531686377 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **szczepienie personelu *** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PIAST-MED | | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kędzierzyn-Koźle/47-232/Leszka Białego 5 | | |
| telefon/ telefony | 774834002 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 30** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Pediatryczna i Rodzinna "SYNAPSA" S.C.Gumińska Anna Miozga Kornelia | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ozimek/46-040/ul.Częstochowska 31 | | x |
| telefon/ telefony: | 774436653 | | |
| identyfikator REGON | 53218266700023 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **szczepienie personelu *** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Punkt Szczepień | | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ozimek/46-040/Częstochowska 31 | | |
| telefon/ telefony | 774436653 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 31** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | Zdrowie Rodziny Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Branice/48-140/ul.Szpitalna 18 | | x |
| telefon/ telefony: | 774868362 | | |
| identyfikator REGON | 53246061700027 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **szczepienie personelu *** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Przychodnia w Branicach | | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Branice/48-140/ul. Szpitalna 18 | | |
| telefon/ telefony | 774868362 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 32** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | Przychodnia we Włodzieninie | | x |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Włodzienin/48-144/ul.Wojnowicka 15 | | |
| telefon/ telefony: | 774857290 | | |
| identyfikator REGON | 53246061700027 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **szczepienie personelu *** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Przychodnia we Włodzieninie | | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Włodzienin/48-144/ul. Wojnowicka 15 | | |
| telefon/ telefony | 774857290 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 33 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|---|---|---|
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Praktyka Lekarza Rodzinnego Małgorzata Maria Żymełka | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nowa Cerekwia/48-133/ul.Młyńska 13 | | x |
| telefon/ telefony: | 774851843 | | |
| identyfikator REGON | 53115369800050 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **szczepienie personelu *** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Praktyka Lekarza Rodzinnego | | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nowa Cerekwia/48-133/ul. Młyńska 13 | | |
| telefon/ telefony | 774851843 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 34 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|---|---|---|
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "KARDIOLOGIA" Sp. z o.o. | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Strzelce Opolskie/47-100/ul.Henryka Pobożnego 1 | | x |
| telefon/ telefony: | 530-808-464 | | |
| identyfikator REGON | 16006680000029 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **szczepienie personelu *** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "KARDIOLOGIA" | | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Strzelce Opolskie/47-100/ul. Henryka Pobożnego 1 | | |
| telefon/ telefony | 530808464 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 35 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|---|---|---|
| nazwa: | ODNOWA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-011/ul. ul. Bronisława Koraszewskiego 8-16 | | x |
| telefon/ telefony: | 774536481 | | |
| identyfikator REGON | 53246640700020 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **szczepienie personelu *** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Poradnia Lekarza POZ | | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-011/ul. Bronisława Koraszewskiego 8-16 | | |
| telefon/ telefony | 774536481 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 36 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|---|---|---|
| nazwa: | NZOZ OŚRODEK ZDROWIA W GRACZACH JACEK CIEPLUCH I WSPÓLNICY SPÓŁKA JAWNA | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gracze/49-156/ul.Bazaltowa 4 | | x |
| telefon/ telefony: | 774609022 | | |
| identyfikator REGON | 16065875800023 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **szczepienie personelu *** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Poradnia Lekarza POZ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gracze/49-156/ul. Bazaltowa 4 | | **1** |
| telefon/ telefony | 774609811 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **szczepienie personelu *** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Poradnia Lekarza POZ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Niemodlin/49-100/ul. Wojska Polskiego 5 | | **1** |
| telefon/ telefony | 731858498 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3** | | **szczepienie personelu *** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Poradnia Lekarza POZ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Dąbrowa/49-120/ul. Ciepielowicka 13 | | **1** |
| telefon/ telefony | 602451089 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 37** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej MED-UJAZD s.c. Gallus Grażyna, Krzemińska Weronika | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ujazd/47-143/ul.Mickiewicza 3 | | x |
| telefon/ telefony: | 774637089 | | |
| identyfikator REGON | 53154541200025 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **szczepienie personelu *** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej MED-UJAZD s.c. | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ujazd/47-143/Mickiewicza 3 | | **1** |
| telefon/ telefony | 774637089 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 38** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PRZYCHODNIA LEKARSKA "OTMĘT" S.C. IZOLDA ŚWISTUŃ TOMASZ ŚWISTUŃ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Krapkowice/47-303/ul.Jagillońska 29 | | x |
| telefon/ telefony: | 774661895 | | |
| identyfikator REGON | 53166869800021 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **szczepienie personelu *** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Poradnia Lekarza Rodzinnego | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Krapkowice/47-303/ul. Jagiellońska 29 | | **1** |
| telefon/ telefony | 774661895 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 39 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|---|---|---|
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "ESKULAP" s.c. Ewa Piecha Małgorzata Olszańska-Kot | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zawadzkie/47-120/ul.Waryńskiego 6 | | x |
| telefon/ telefony: | 774616382 | | |
| identyfikator REGON | 53156700000022 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **szczepienie personelu *** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Eskulap s.c. | | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zawadzkie/47-120/ul. Waryńskiego 6 | | |
| telefon/ telefony | 774616382 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 40** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Spółka Cywilna R. Stefan & J. Domańska-Dziurkowska | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gorzów Śląski/46-310/ul.Krasickiego 8 | | x |
| telefon/ telefony: | 692453646 | | |
| identyfikator REGON | 53166001800026 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **szczepienie personelu *** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Spółka Cywilna R. Stefan, J. Domańska - Dziurkowska | | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gorzów Śląski/46-310/Krasickiego 8 | | |
| telefon/ telefony | 343594490 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 41** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | Poradnia Lekarza POZ | | x |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Tułowice/49-130/ul.Porcelanowa 17 | | |
| telefon/ telefony: | 602695644 | | |
| identyfikator REGON | 36254231500018 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **szczepienie personelu *** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Poradnia Lekarza POZ | | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Tułowice/49-130/ul. Porcelanowa 17 | | |
| telefon/ telefony | 774600147 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 42 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|---|---|---|
| nazwa: | Poradnia Lekarza POZ - Said Rayad | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Krapkowice/47-300/ul.Szkolna 7 | | x |
| telefon/ telefony: | 77 466 45 17 | | |
| identyfikator REGON | 53083890000049 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **szczepienie personelu *** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Poradnia Lekarza POZ | | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Krapkowice/47-300/ul. Szkolna 7 | | |
| telefon/ telefony | 77 466 45 17 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **szczepienie personelu *** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Poradnia Lekarza POZ - Strzeleczki | | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Strzeleczki/47-364/ul. Sienkiewicza 31 | | |
| telefon/ telefony | 774749696 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 43 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|---|---|---|
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ SANMED LILIANA LEJKOWSKA-OLSZEWSKA, PAWEŁ OLSZEWSKI | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grodków/49-200/ul.Słowackiego 5 | | x |
| telefon/ telefony: | 774154937 | | |
| identyfikator REGON | 53166457100029 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **szczepienie personelu *** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Poradnia Lekarza POZ - Lekarza Rodzinnego | | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grodków/49-200/ul. Słowackiego 5 | | |
| telefon/ telefony | 504691015 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 44 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|---|---|---|
| nazwa: | Gminny Zespół Lecznictwa Otwartego | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kietrz/48-130/ul.Kościelna 1 | | x |
| telefon/ telefony: | 774854291, 774855230, 606449024 | | |
| identyfikator REGON | 53091333900027 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **szczepienie personelu *** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Przychodnia Rejonowa | | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kietrz/48-130/ul. Kościelna 1 | | |
| telefon/ telefony | 774854291 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 45 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|---|---|---|
| nazwa: | Mariusz Śliwiński | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Żytniów 181 /46-325 | | x |
| telefon/ telefony: | 608687556 | | |
| identyfikator REGON | 16022389400020 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **szczepienie personelu *** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Żytniów 181 /46-325 | | **1** |
| telefon/ telefony | 608 687 556 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 46 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|---|---|---|
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej ERMED Eryka Scholz-Mazurkiewicz | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Dobrzeń Wielki/46-081/ul.Reymonta 2 | | x |
| telefon/ telefony: | 77 46 95 807 | | |
| identyfikator REGON | 53160391900030 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **szczepienie personelu *** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej ERMED | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Dobrzeń Wielki/46-081/Reymonta 2 | | **1** |
| telefon/ telefony | 660319688 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 47 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|---|---|---|
| nazwa: | PRIMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ SPÓŁKA KOMANDYTOWA | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Baborów/49-120/ul.Wiejska 2B | | x |
| telefon/ telefony: | 775559630 | | |
| identyfikator REGON | 53245700600028 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **szczepienie personelu *** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | punkt szczepień | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Baborów/48-120/ul. Wiejska 2B | | **1** |
| telefon/ telefony | 775559630 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 48 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|---|---|---|
| nazwa: | BEATA SARNECKA NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ SARMED | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wronin/47-260/ul. Głubczycka 19 | | x |
| telefon/ telefony: | 774875207 | | |
| identyfikator REGON | 53166761200036 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **szczepienie personelu *** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Punkt Szczepień | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wronin/47-260/ul. Głubczycka 19 | | **1** |
| telefon/ telefony | 774875207 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
|---|---|---|---|
| nazwa: | Punkt Szczepień | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Pawłowiczki/47-280/ul. Magnoliowa 3 | | |
| telefon/ telefony | 774874147 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 49 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|---|---|---|
| nazwa: | Dorota Łotecka Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej CIS-MEDICA | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Cisek/47-253/ul. Harcerska 2 | | X |
| telefon/ telefony: | 774871125 | | |
| identyfikator REGON | 53166762900020 | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
|---|---|---|---|
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej CIS-MEDICA | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Cisek/47-253/ul. Harcerska 2 | | |
| telefon/ telefony | 774871125 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 50 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|---|---|---|
| nazwa: | Bożena Irena Wąsiak | | X |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kędzierzyn-Koźle/47-200/ul. Racławicka 1 | | |
| telefon/ telefony: | 667676681 | | |
| identyfikator REGON | 53088015000039 | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
|---|---|---|---|
| nazwa: | Gabinet Zabiegowo - Diagnostyczny | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kędzierzyn-Koźle/47-200/ul. Racławicka 1 | | |
| telefon/ telefony | 667676681 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 51 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|---|---|---|
| nazwa: | Ewa Stefania Langner | | X |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Dziegowice/47-244/ul. Nowa 2 | | |
| telefon/ telefony: | 774830425 | | |
| identyfikator REGON | 53123095000022 | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
|---|---|---|---|
| nazwa: | Punkt Szczepień | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Dziergowice/47-244/ul. Nowa 2 | | |
| telefon/ telefony | 774830425 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 52 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|---|---|---|
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Poradnia Ogólna" Karina Elżbieta Dylla | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ozimek/46-040/ul. Częstochowska 31 | | X |
| telefon/ telefony: | 77 46 51 917 | | |
| identyfikator REGON | 53127044100023 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **szczepienie personelu *** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Poradnia Ogólna" | | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ozimek/46-040/ul. Częstochowska 31 | | |
| telefon/ telefony | 77 46 51 917 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 53** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | KRYSTYNA WERONIKA STANULA | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | DŁUGOMIŁOWICE/47-208/ul. GŁÓWNA 32 | | X |
| telefon/ telefony: | 774820112 | | |
| identyfikator REGON | 53095563900022 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **szczepienie personelu *** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Punkt szczepień | | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | DŁUGOMIŁOWICE/47-208/ul. GŁÓWNA 32 | | |
| telefon/ telefony | 774820112 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 54** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | NZOZ Wit-Med Witold Madej | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ozimek/46-040/ul. Częstochowska 31 | | X |
| telefon/ telefony: | 791933233 | | |
| identyfikator REGON | 53162825600024 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **szczepienie personelu *** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | NZOZ Wit-Med Witold Madej | | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ozimek/46-040/ul. Częstochowska 31 | | |
| telefon/ telefony | 794104204 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 55** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | MEDYK - K SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KĘDZIERZYN-KOŹLE/47-225/JULIANA TUWIMA 6B/9 | | X |
| telefon/ telefony: | 774036067 | | |
| identyfikator REGON | 161487365 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **szczepienie personelu *** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Medyk-K sp z o.o. Przychodnia | | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kędzierzyn-Koźle/47-225/Jana Pawła II 54 | | |
| telefon/ telefony | 7774036067 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 56 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|---|---|---|
| nazwa: | Ewa Drop-Kubów | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wołczyn/46-300/ul. Dworcowa 9 | | X |
| telefon/ telefony: | 774188680 | | |
| identyfikator REGON | 53115900500028 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **szczepienie personelu *** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet Zabiegowy | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wołczyn/46-250/ul. Dworcowa 9 | | **1** |
| telefon/ telefony | 774188680 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 57 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|---|---|---|
| nazwa: | Centrum terapii Holistycznych dr Holy | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-064/ks. Hugona Kołłątaja 10 lok. 1-2 | | X |
| telefon/ telefony: | 516550330 | | |
| identyfikator REGON | 93020197400042 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **szczepienie personelu *** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Centrum terapii Holistycznych dr Holy | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-064/ks. Hugona Kołłątaja 10/2 | | **1** |
| telefon/ telefony | 608385951 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 58 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|---|---|---|
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MINISTERSTWA SPRAW WEWNĘTRZNYCH I ADMINISTRACJI W OPOLU | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-075/ul. Krakowska 44 | | X |
| telefon/ telefony: | 774011170 | | |
| identyfikator REGON | 53116351500023 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **szczepienie personelu *** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Podstawowa Opieka Zdrowotna | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-075/ul. Krakowska 44 | | **1** |
| telefon/ telefony | 774011147 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 59 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|---|---|---|
| nazwa: | Justyna Joanna Łomny-Elias | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-304/ul. Piotrkowska 1 | | X |
| telefon/ telefony: | 600853495 | | |
| identyfikator REGON | 16026079000041 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **szczepienie personelu *** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Pielęgniarska Opieka Długoterminowa Domowa | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-304/ul. Piotrkowska 1 | | **1** |
| telefon/ telefony | 600853495 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 60 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|---|---|---|
| nazwa: | SPÓŁKA CYWILNA MED-JEM STEFANIA KOLEK, ANDRZEJ HAJDAS | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Jemielnica/47-133/ul. Nowa Kolonia 14 | | X |
| telefon/ telefony: | 77 46 38 393 | | |
| identyfikator REGON | 531545949 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **szczepienie personelu *** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | SPÓŁKA CYWILNA MED-JEM STEFANIA KOLEK, ANDRZEJ HAJDAS | | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Jemielnica/47-133/Nowa Kolonia 14 | | |
| telefon/ telefony | 608342071 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 61** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej "ZAODRZE" w Opolu | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-714/ul. Licealna 18 | | X |
| telefon/ telefony: | 774744692 | | |
| identyfikator REGON | 53157492200021 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **szczepienie personelu *** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy | | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-714/ul. Licealna 18 | | |
| telefon/ telefony | 77873303 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 62** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | MARIAN I ELŻBIETA ŁYCZKO, INDYWIDUALNA PRAKTYKA LEKARSKO-PIELĘGNIARSKA SPÓŁKA JAWNA | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ZDZIECHOWICE/46-310/ul. ZDZIECHOWICE 16 | | X |
| telefon/ telefony: | +48343593313 | | |
| identyfikator REGON | 16158697200025 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **szczepienie personelu *** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA (GABINET) LEKARZA POZ | | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zdziechowice/46-310/ 16 | | |
| telefon/ telefony | 343593313 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 63** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | Aniela Maria Dembczak | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gościęcin/47-270/ul. Kozielska 64 | | X |
| telefon/ telefony: | 774879159 | | |
| identyfikator REGON | 53166765800022 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **szczepienie personelu *** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Punkt Szczepień | | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gościęcin/47-270/Kozielska 64 | | |
| telefon/ telefony | 774879159 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 64 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|---|---|---|
| nazwa: | ERBERT GRZEGORZ NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "MEDICOR" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Stare Budkowice/46-030/ul. Zagwiździańska 16 | | X |
| telefon/ telefony: | +48774210013 | | |
| identyfikator REGON | 36782831200010 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **szczepienie personelu *** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Medicor" | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Stare Budkowice/46-030/ul. Zagwiździańska 16 | | **1** |
| telefon/ telefony | 774210013 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 65** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "MEDIUM" S.C. | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grodków/49-200/Słowackiego 6 | | X |
| telefon/ telefony: | 774153800 | | |
| identyfikator REGON | 53155725000029 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **szczepienie personelu *** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "MEDIUM" S.C. | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grodków/49-200/Słowackiego 6 | | **1** |
| telefon/ telefony | 774153800 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 66** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ ANDRZEJ PROSZEWSKI SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Olesno/46-300/Pieloka 14 | | |
| telefon/ telefony: | 34 35 04 261 | | **x** |
| identyfikator REGON | 16000525200027 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **szczepienie personelu *** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Przychodnia POZ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Olesno/46-300/Pieloka 14 | | **1** |
| telefon/ telefony | 343504250 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 67** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Skormed Spółka Partnerska Lekarzy Rodzinnych Barsznica | | **x** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Skoroszyce/48-320/Działkowa 15 | | |
| telefon/ telefony: | +48774318399 | | |
| identyfikator REGON | 532414400 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **szczepienie personelu *** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Skormed Spółka Partnerska Lekarzy Rodzinnych Barsznica | | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Skoroszyce/48-320/Działkowa 15 | | |
| telefon/ telefony | +48774318399 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 68 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|---|---|---|
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W.W.-MED S.C. WYRĄBEK JACEK WĘGRZYNOWSKA BARBARA | | x |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Pokój/46-034/1 Maja 30B | | |
| telefon/ telefony: | 77 42 71 060 | | |
| identyfikator REGON | 53167366000029 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **szczepienie personelu *** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Punkt Szczepień | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Pokój/46-034/1 Maja 30B | | |
| telefon/ telefony | 77 42 71 060 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 69** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | VITAL MEDIC SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | x |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kluczbork/46-200/Skłodowskiej - Curie 21 | | |
| telefon/ telefony: | 77 447 10 00 | | |
| identyfikator REGON | 16028660100020 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **szczepienie personelu *** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Poradnia lekarza POZ | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kluczbork/46-200/Skłodowskiej - Curie 21 | | |
| telefon/ telefony | 77 549 26 00 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 70** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | OPTIMA MEDYCYNA SPÓŁKA AKCYJNA | | x |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nysa/48-300/ Bracka 1 | | |
| telefon/ telefony: | 77 887 21 29 | | |
| identyfikator REGON | 53096880800033 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **szczepienie personelu *** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Przychodnia Lekarska Bracka 1 Nysa | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nysa/48-300/ Bracka 1 | | |
| telefon/ telefony | 778872129 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 71 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|---|---|---|
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ GRUPOWA PRAKTYKA LEKARZA RODZINNEGO P. ROMANOWICZ, R. CIEŚLEWICZ SPÓŁKA JAWNA | | x |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zdzieszowice/47-330/Filarskiego 19 | | |
| telefon/ telefony: | 774842746, 4842400 | | |
| identyfikator REGON | 53164104400020 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **szczepienie personelu *** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Grupowa Praktyka Lekarza Rodzinnego P. Romanowicz R. Cieślewicz Spółka Jawna | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zdzieszowice/47-330/Filarskiego 19 | | |
| telefon/ telefony | 774842400 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 72** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "SAN-MED" A.Tomalik J.Tomalik Spółka jawna | | x |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grodków/49-200/Słowackiego 5 | | |
| telefon/ telefony: | 774155427 774153502 | | |
| identyfikator REGON | 532328208 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **szczepienie personelu *** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "SAN-MED" S.J. | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grodków/49-200/Słowackiego 5 | | |
| telefon/ telefony | 774155427 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 73** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | CENTRUM MEDYCZNE LUCYNA ANDRZEJ DYMEK SPÓŁKA CYWILNA | | x |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zawadzkie/47-120/Osiedle Świerkle 15/18 | | |
| telefon/ telefony: | 774622065 | | |
| identyfikator REGON | 531400808 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **szczepienie personelu *** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | CENTRUM MEDYCZNE LUCYNA ANDRZEJ DYMEK SPÓŁKA CYWILNA | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zawadzkie/47-120/Waryńskiego 4 | | |
| telefon/ telefony | 502545200 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 74 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|---|---|---|
| nazwa: | CENTRUM MEDYCZNE LUCYNA ANDRZEJ DYMEK SPÓŁKA CYWILNA | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zawadzkie/47-120/Osiedle Świerkle 15/18 | | x |
| telefon/ telefony: | 774622065 | | |
| identyfikator REGON | 531400808 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **szczepienie personelu *** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | CENTRUM MEDYCZNE LUCYNA ANDRZEJ DYMEK SPÓŁKA CYWILNA | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Strzelce Opolskie/47-100/Parafialna 1 | | 1 |
| telefon/ telefony | 504181616 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 75 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|---|---|---|
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "MEDICUS" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Paczków/ 48-370/Wincentego Witosa 2A | | x |
| telefon/ telefony: | 774316535 | | |
| identyfikator REGON | 53157048500044 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **szczepienie personelu *** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Punkt Szczepień | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Paczków/ 48-370/Wincentego Witosa 2A | | 1 |
| telefon/ telefony | 774317867 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 76 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|---|---|---|
| nazwa: | KLINIKA NOVA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kędzierzyn-Koźle/47-206/Kłosowa 7 | | x |
| telefon/ telefony: | 777070111 | | |
| identyfikator REGON | 161509339 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **szczepienie personelu *** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Szpital | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kędzierzyn-Koźle/47-206/Kłosowa 7 | | 1 |
| telefon/ telefony | 777070100 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **szczepienie personelu *** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Poradnia Lekarza Rodzinnego Koźle | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kędzierzyn-Koźle/47-200/Ignacego Łukasiewicza 23 | | 1 |
| telefon/ telefony | 774829034 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3** | | **szczepienie personelu *** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Poradnia Lekarza Rodzinnego Sławięcice | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kędzierzyn-Koźle/47-230/ks. Piotra Ściegiennego 2 | | 1 |
| telefon/ telefony | 774832413 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 77 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|---|---|---|
| nazwa: | VITA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | x |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wierzbięcice/48-303/110 | | |
| telefon/ telefony: | 77 40 93 950 | | |
| identyfikator REGON | 53164504200022 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **szczepienie personelu *** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Poradnia Podstawowej Opieki Zdrowotnej | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nysa/48-303/Piłsudskiego 47 | | |
| telefon/ telefony | 77 401 70 03 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 78** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | Bożena Lewińska | | x |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łambinowice/48-316/Parkowa 10 | | |
| telefon/ telefony: | 774343450 | | |
| identyfikator REGON | 53104575000039 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **szczepienie personelu *** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Poradnia POZ - Łambinowice | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łambinowice/48-316/Parkowa 10 | | |
| telefon/ telefony | 774343450 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 79** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | AL-MED D.Makieła J.Makieła Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Spółka Jawna | | x |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Strzelce Opolskie/47-100/Powstańców Śląskich 9a | | |
| telefon/ telefony: | 608632846 | | |
| identyfikator REGON | 53156417700021 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **szczepienie personelu *** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Punkt Szczepień | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Strzelce Opolskie/47-100/Powstańców Śląskich 9a | | |
| telefon/ telefony | 774638126 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 80** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | JÓZEF MURAWSKI NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ SANMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | x |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łambinowice/48-316/Dworcowa 4 lok.3 | | |
| telefon/ telefony: | 602695644 | | |
| identyfikator REGON | 36254231500018 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **szczepienie personelu *** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Poradnia Lekarza POZ | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łambinowice/48-316/Dworcowa 4 lok.3 | | |
| telefon/ telefony | 774343505 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
|---|---|---|---|
| nazwa: | Poradnia Lekarza POZ | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Jasienica Dolna/48-315/Jasienica Dolna 16 | | |
| telefon/ telefony | 774359621 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 81 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|---|---|---|
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej ANMED S.C. Andrzej Majer, Anna Majer | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kluczbork/46-200/Skłodowskiej - Curie 6 | | |
| telefon/ telefony: | 774181112 | | |
| identyfikator REGON | 53234234900029 | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
|---|---|---|---|
| nazwa: | Poradnia Lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kluczbork/46-200/Skłodowskiej - Curie 6 | | |
| telefon/ telefony | 774181112 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 82 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|---|---|---|
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej ESKULAP Sp. z o. o. | | x |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Praszka/46-320/Powstańców Śląskich 8 | | |
| telefon/ telefony: | 343591001 | | |
| identyfikator REGON | 53166688300028 | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
|---|---|---|---|
| nazwa: | Poradnia Lekarza POZ - dla dorosłych | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Praszka/46-320/Powstańców Śląskich 8 | | |
| telefon/ telefony | 343591001 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 83 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|---|---|---|
| nazwa: | 'MEDICUS' SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | x |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Prudnik/48-200/Kościuszki 15 | | |
| telefon/ telefony: | 774362525 | | |
| identyfikator REGON | 531568070 | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
|---|---|---|---|
| nazwa: | Przychodnia Lekarska Medicus | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Prudnik/48-200/Kościuszki 15 | | |
| telefon/ telefony | 77 406 83 15 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 84 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|---|---|---|
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Medicus Martyniszyn Adam, Martyniszyn Bernadeta | | X |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wołczyn/46-250/ul. Namysłowska 10 | | |
| telefon/ telefony: | 774145334 | | |
| identyfikator REGON | 53165899000027 | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
|---|---|---|---|
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "MEDICUS" | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wołczyn/46-250/ul. Namysłowska 10 | | |
| telefon/ telefony | 774145334 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 85 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|---|---|---|
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ - FAMILIA S.C.KIŻYS JOLANTA WESOŁOWSKA KRYSTYNA KIŻYS ZBIGNIEW | | X |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Głubczyce/48-100/ul. Niepodległości 16 c,e,g/3 | | |
| telefon/ telefony: | 774850400, 774850393 | | |
| identyfikator REGON | 53165434800026 | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
|---|---|---|---|
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Familia" S.C | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Głubczyce/48-100/ul. Niepodległości 16 c,e,g/3 | | |
| telefon/ telefony | 774850400 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 86 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|---|---|---|
| nazwa: | Elżbieta Izabela Jarka - Doskocz | | X |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Otmuchów/48-385/Kałków 65 | | |
| telefon/ telefony: | 774356385 | | |
| identyfikator REGON | 53244095100024 | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
|---|---|---|---|
| nazwa: | Poradnia Lekarza POZ | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kałków/48-364/Kałków 65 | | |
| telefon/ telefony | 774356385 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 87 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|---|---|---|
| nazwa: | S.C. "DELTA" JANUSZKIEWICZ A. GAJDA I. DŁUGOSZ M. WYWIOŁ A. | | X |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Krapkowice/47-300/Os. XXX - lecia 17 | | |
| telefon/ telefony: | 774663129 | | |
| identyfikator REGON | 53156991500026 | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
|---|---|---|---|
| nazwa: | Poradnia Lekarza POZ | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Krapkowice/47-303/Os. XXX - lecia 17 | | |
| telefon/ telefony | 774667133 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 88 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|---|---|---|
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej CORRIGO medical Rafał Chmura | | X |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kędzierzyn-Koźle/47-223/Ludwika Waryńskiego 3/1 | | |
| telefon/ telefony: | 77481 38 81 | | |
| identyfikator REGON | 53094784100020 | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
|---|---|---|---|
| nazwa: | Gabinet diagnostyczno-zabiegowy | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kędzierzyn-Koźle/47-223/Ludwika Waryńskiego 3/1 | | |
| telefon/ telefony | 667676681 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 89 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|---|---|---|
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "POLIMED" TKACZYŃSKI, MICHALAK, BUCZEK, SPÓŁKA PARTNERSKA | | X |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-071/ul. Armii Krajowej 7 | | |
| telefon/ telefony: | 774512065 | | |
| identyfikator REGON | '53242112600020 | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
|---|---|---|---|
| nazwa: | Punkt Szczepień | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-071/ul. Armii Krajowej 7 | | |
| telefon/ telefony | 601172152 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 90 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|---|---|---|
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej MEDYK S.C. Walter-Werra Urszula Kulisa Elżbieta | | X |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kolonowskie/47-110/Leśna 6 | | |
| telefon/ telefony: | 774611160 | | |
| identyfikator REGON | 53156612400028 | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
|---|---|---|---|
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "MEDYK" s.c. | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kolonowskie/47-110/Leśna 6 | | |
| telefon/ telefony | 77 46 11 160 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 91 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|---|---|---|
| nazwa: | WYŻGOWSKA EWA NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "MED-EWA" | | X |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Prudnik/48-200/Kościuszki 15 | | |
| telefon/ telefony: | 77 436 91 11 | | |
| identyfikator REGON | 53112042800021 | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
|---|---|---|---|
| nazwa: | Poradnia lekarza POZ | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Prudnik/48-200/Kościuszki 15 | | |
| telefon/ telefony | 77 436 91 11 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 92 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|---|---|---|
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Panaceum" Aleksandra Dekiel | | X |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Strzelce Opolskie/47-100/Bolesława Chrobrego 1/1 | | |
| telefon/ telefony: | 77 44 02 000 | | |
| identyfikator REGON | 53150469500028 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **szczepienie personelu *** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Panaceum" | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Strzelce Opolskie/47-100/Bolesława Chrobrego 1 | | |
| telefon/ telefony | 600214789 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 93** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "ZDROWIE". GREK, STOCHMIAŁEK, KNICZ, APOLONI. SPÓŁKA PARTNERSKA LEKARZY. | | X |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Głogówek/48-250/Targowa 6 | | |
| telefon/ telefony: | '605 224 081 | | |
| identyfikator REGON | 16007336000029 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **szczepienie personelu *** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "ZDROWIE". GREK, STOCHMIAŁEK, KNICZ, APOLONI. SPÓŁKA PARTNERSKA LEKARZY. | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Głogówek/48-250/Targowa 6 | | |
| telefon/ telefony | 605 224 081 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 94** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "ZDROWIE" w Kadłubie leszek Ryszard Spychała | | X |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kadłub/47-100/Zamkowa 8 | | |
| telefon/ telefony: | 77 4636495 | | |
| identyfikator REGON | 531566182 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **szczepienie personelu *** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "ZDROWIE" w Kadłubie | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kadłub/47-175/Zamkowa 8 | | |
| telefon/ telefony | 77 4636495 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **szczepienie personelu *** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | NZOZ ZDROWIE | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Strzelce Opolskie/47-100/Fryderyka Chopina 3/1 | | |
| telefon/ telefony | 602348500 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 95 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|---|---|---|
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "ŚRÓDMIEŚCIE" | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-047/Ludwika Waryńskiego 30 | | |
| telefon/ telefony: | '774412072 | | |
| identyfikator REGON | 53157728600020 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **szczepienie personelu *** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Poradnia Lekarza POZ | | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-047/Ludwika Waryńskiego 30 | | |
| telefon/ telefony | 774412072 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 96** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "ARS - MED" ANDRZEJ SALIJ, CZESŁAW SOKÓŁ SPÓŁKA JAWNA | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lubsza/49-313/Szkolna 1c | | |
| telefon/ telefony: | 774118551 603850069 | | |
| identyfikator REGON | 53155428500020 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **szczepienie personelu *** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Poradnia Ogólna | | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lubsza/49-313/Szkolna 1c | | |
| telefon/ telefony | 774118551 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **szczepienie personelu *** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Poradnia Lekarza POZ | | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Brzeg/49-300/Sergiusza Mossora 6 | | |
| telefon/ telefony | 774118551  603850069 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 97** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | TAR-MED SPÓŁKA PARTNERSKA LEKARZY E. GOSPODAREK, G. GOSPODAREK, K. KACORZYK-MATYSIK | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Tarnów Opolski/46-050/Wapiennicza 1 | | |
| telefon/ telefony: | 774032295 | | |
| identyfikator REGON | 53157449000028 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **szczepienie personelu *** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Poradnia Ogólna | | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Tarnów Opolski/46-050/Wapiennicza 1 | | |
| telefon/ telefony | 774032295 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **szczepienie personelu *** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Poradnia Ogólna | | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nakło/46-050/Przedszkolna 1 | | |
| telefon/ telefony | 774644114 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 98 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|---|---|---|
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "CENTRUM" W OPOLU | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-062/Kościuszki 2 | | |
| telefon/ telefony: | 774020308 | | |
| identyfikator REGON | 53157017200021 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **szczepienie personelu *** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Poradnia Lekarza POZ | | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-062/Kościuszki 1 | | |
| telefon/ telefony | 774020317 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **szczepienie personelu *** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Poradnia Lekarza POZ | | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-061/Katowicka 91-93 | | |
| telefon/ telefony | 789 409 796 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 99** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | Samodzielny Publiczny Ośrodek Zdrowia w Walcach | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Walce/47-344/Zamkowa 85 | | |
| telefon/ telefony: | 774660111 | | |
| identyfikator REGON | '53166879300020 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **szczepienie personelu *** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Samodzielny Publiczny Ośrodek Zdrowia w Walcach | | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Walce/47-344/Zamkowa 85 | | |
| telefon/ telefony | 506991482 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 100** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | Niepubl. Zakład Opieki Zdrow. Przychodnia Lek. "ZDROWIE" A.Graczyk-Duda E.Raczyńska A.Walorski Spółka Partnerska Lekarzy | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grodków/49-200/Szpitalna 13 | | |
| telefon/ telefony: | 774155351 | | |
| identyfikator REGON | '53231472600029 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **szczepienie personelu *** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Poradnia Lekarza POZ | | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grodków/49-200/Szpitalna 13 | | |
| telefon/ telefony | '774155351 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 101 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|---|---|---|
| nazwa: | Tomasz Bogatko Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "RUDNIKI" | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Rudniki/46-325/Żeromskiego 1 | | |
| telefon/ telefony: | 601 458 242 | | |
| identyfikator REGON | 272069185 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **szczepienie personelu *** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Tomasz Bogatko Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "RUDNIKI" | | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Rudniki/46-325/Żeromskiego 1 | | |
| telefon/ telefony | 601 458 242 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 102** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | NZOZ "DOM-MED" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Głubczyce/48-100/ Żeromskiego 25c | | |
| telefon/ telefony: | '796786604 | | |
| identyfikator REGON | 366420425 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **szczepienie personelu *** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | NZOZ "DOM-MED" Sp. z o.o. | | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Głubczyce/48-100/ul. Żeromskiego 25C | | |
| telefon/ telefony | 796786604 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 103** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Gamed s.c. Jolanta Karliczek Paweł Grzanka | | X |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Dobrodzień/46-380/Parkowa 2a | | |
| telefon/ telefony: | 601808066 | | |
| identyfikator REGON | 16004749200027 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **szczepienie personelu *** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej GAMED | | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Dobrodzień/46-380/ul. Parkowa 2a | | |
| telefon/ telefony | 343536590 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 104** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Poradnia Medycyny Rodzinnej S.C. Alina Ryzner-Skrobocz Anna Rzemińska | | X |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zdzieszowice/47-330/Filarskiego 19 | | |
| telefon/ telefony: | 77 48 42 745 | | |
| identyfikator REGON | 532202074 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **szczepienie personelu *** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Poradnia Medycyny Rodzinnej S.C. Alina Ryzner-Skrobocz Anna Rzemińska | | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zdzieszowice/47-330/ul. Filarskiego 19 | | |
| telefon/ telefony | 660225981 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 105 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|---|---|---|
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Zespół Specjalistyczny Diagnostyczno-Leczniczy MEDREM-POLIKLINIKA Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | | X |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-061/Katowicka 55 | | |
| telefon/ telefony: | 77 45 46 719, 77 45 48 160 | | |
| identyfikator REGON | 53053276100020 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **szczepienie personelu *** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Zespół Specjalistyczny Diagnostyczno-Leczniczy MEDREM-POLIKLINIKA Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-061/ul. Katowicka 55 | | |
| telefon/ telefony | 774232660 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 106 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|---|---|---|
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej NOMAG-MED. Magiera i Gibki Lekarska Spółka Partnerska | | X |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łosiów/49-330/Słowackiego 1 | | |
| telefon/ telefony: | 602644306 | | |
| identyfikator REGON | 53155273100020 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **szczepienie personelu *** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Poradnia Lekarza POZ | | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łosiów/49-330/ul. Słowackiego 1 | | |
| telefon/ telefony | 602644306 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **szczepienie personelu *** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Poradnia Lekarza POZ | | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Skorogoszcz/49-125/Opolska 27 | | |
| telefon/ telefony | 604426214 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3** | | **szczepienie personelu *** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Poradnia Lekarza POZ | | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Olszanka/49-332/Olszanka 38a | | |
| telefon/ telefony | 602644365 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 107 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|---|---|---|
| nazwa: | ZDROWIE S.C. H.KĘDZIERSKA A.POHL | | X |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Biała/48-210/Opolska 2 | | |
| telefon/ telefony: | 774387010 | | |
| identyfikator REGON | 53157011400026 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **szczepienie personelu *** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Poradnia Lekarza POZ | | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Biała/48-210/ul. Opolska 2 | | |
| telefon/ telefony | 774387010 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 108 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|---|---|---|
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "MEDIKOR" Marek Dekiel | | X |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kielcza/47-126/Księdza Wajdy 21 | | |
| telefon/ telefony: | 774049090 | | |
| identyfikator REGON | 53150470300029 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **szczepienie personelu *** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "MEDIKOR" | | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kielcza/47-126/ul. Księdza Wajdy 21 | | |
| telefon/ telefony | 774049090 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 109** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "VITA" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | | X |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kamiennik/48-388/T. Kościuszki 2 | | |
| telefon/ telefony: | 774312187 | | |
| identyfikator REGON | 53167192100026 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **szczepienie personelu *** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Poradnia Ogólna | | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kamiennik/48-388/T. Kościuszki 2 | | |
| telefon/ telefony | 774312187 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 110** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Przychodnia-Trzy Kotwice" S.C. E.Tuła-Granat P.Bednarz A.Szpak | | X |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Brzeg/49-300/Trzech Kotwic 6 | | |
| telefon/ telefony: | 77 44 44 903 | | |
| identyfikator REGON | 53140551000026 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **szczepienie personelu *** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "PRZYCHODNIA - TRZY KOTWICE" s.c. | | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Brzeg/49-300/Trzech Kotwic 6 | | |
| telefon/ telefony | 774160088 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 111** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | Grażyna Barbara Mrugała-Marcyniuk | | X |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Krępna/47-330/Jasiońska 8 | | |
| telefon/ telefony: | 774844497 | | |
| identyfikator REGON | 53121943400045 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **szczepienie personelu *** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet Lekarza POZ | | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Krępna/47-330/ul. Jasiońska 8 | | |
| telefon/ telefony | 692941931 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 112 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|---|---|---|
| nazwa: | Gminny Ośrodek Zdrowia w Gogolinie | | X |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gogolin/47-320/Szkolna 2 | | |
| telefon/ telefony: | 774076961 | | |
| identyfikator REGON | 16003220800021 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **szczepienie personelu *** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gminny Ośrodek Zdrowia | | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gogolin/47-320/ul. Szkolna 2 | | |
| telefon/ telefony | 774076970 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 113** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | Zakład Opieki Zdrowotnej "ZDROWIE" s.c. Ewa i Leszek Kocowscy | | X |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-641/Oświęcimska 92A | | |
| telefon/ telefony: | 774562717 | | |
| identyfikator REGON | 53166998200023 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **szczepienie personelu *** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Zakład Opieki Zdrowotnej "ZDROWIE" s.c. Ewa i Leszek Kocowscy | | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-641/ul. Oświęcimska 92A | | |
| telefon/ telefony | 501266130 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 114** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | GRUPOWA PRAKTYKA LEKARSKA "NOWA PRZYCHODNIA" FLORCZAK ANDRZEJ, TOMCZYK RENATA, MUSIALIK-CELTA KRYSTYNA SPÓŁKA PARTNERSKA | | X |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gogolin/47-320/Szkolna 2 | | |
| telefon/ telefony: | 774076973 | | |
| identyfikator REGON | 53167509500022 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **szczepienie personelu *** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Poradnia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej | | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gogolin/47-320/ul. Szkolna 2 | | |
| telefon/ telefony | 774076973 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 115** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "VITA" s.c. Janina Szponarska, Bronisław Szponarski | | X |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lewin Brzeski/49-340/Aleja Wojska Polskiego 21 | | |
| telefon/ telefony: | 774127276 | | |
| identyfikator REGON | 53157454300027 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **szczepienie personelu *** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "VITA" s.c. Janina Szponarska, Bronisław Szponarski | | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lewin Brzeski/49-340/al. Wojska Polskiego 21 | | |
| telefon/ telefony | 774127276 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 116 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|---|---|---|
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "ZDROWIE" Spółka Cywilna Paweł Łącki, Irena Konopka, Dariusz Roszczypała | | X |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Namysłów/46-100/Mickiewicza 8 | | |
| telefon/ telefony: | 774101355 | | |
| identyfikator REGON | 53166744000023 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **szczepienie personelu *** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej ZDROWIE Spółka Cywilna | | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Namysłów/46-100/ul. Adama Mickiewicza 8 | | |
| telefon/ telefony | 774101355 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 117** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | ZWM MALINKA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | X |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-285/Szarych Szeregów 72 | | |
| telefon/ telefony: | 774559799 234 774559799 234 608242298 | | |
| identyfikator REGON | 53165841200024 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **szczepienie personelu *** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Punkt Szczepień dla dzieci | | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-285/ul. Szarych Szeregów 72 | | |
| telefon/ telefony | 774559799 234 774559799 234 608242298 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 118** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "OMEGA" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | X |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Paczków/48-370/Staszica 5 | | |
| telefon/ telefony: | 77 43 16 724 | | |
| identyfikator REGON | 53165316500024 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **szczepienie personelu *** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "OMEGA" Sp. z o.o. | | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Paczków/48-370/Staszica 5 | | |
| telefon/ telefony | 691755086 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **szczepienie personelu *** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "OMEGA" Sp. z o.o. | | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Otmuchów/48-385/Krakowska 17 | | |
| telefon/ telefony | 691755086 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 119 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|---|---|---|
| nazwa: | Artur Robert Świtała | | X |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wierzbica Górna/46-255/Wierzbica Górna 67 | | |
| telefon/ telefony: | 774141327 | | |
| identyfikator REGON | 53157229000029 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **szczepienie personelu *** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet Pielęgniarki POZ | | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wierzbica Górna 67/46-250/ | | |
| telefon/ telefony | 604581256 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 120 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|---|---|---|
| nazwa: | Krzysztof Banasik Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej przy "INPARCO" | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kędzierzyn-Koźle/47-232/Bolesława Krzywoustego 2 | | X |
| telefon/ telefony: | 774832144 | | |
| identyfikator REGON | 53134678200030 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **szczepienie personelu *** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Poradnia Lekarza POZ | | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kędzierzyn-Koźle/47-220/Powstańców 70 | | |
| telefon/ telefony | 774832144 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 121 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|---|---|---|
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ - SPÓŁKA CYWILNA, GRAŻYNA BOROWIK - BZDZION, JOLANTA IDASIAK, ANNA MARIA ZYGMUNT | | x |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Olesno/46-300/Jana Pieloka 14 | | |
| telefon/ telefony: | 34 35 05 370 | | |
| identyfikator REGON | 53166202300028 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **szczepienie personelu *** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Spółka Cywilna Grażyna Borowik-Bzdzion, Jolanta Idasiak, Anna Maria Zygmunt | | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Olesno/46-300/Pieloka 14 | | |
| telefon/ telefony | 343505370 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 122 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|---|---|---|
| nazwa: | EL-MED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | x |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Otmuchów/48-385/Nyska 13 | | |
| telefon/ telefony: | 774390520, 774314912 | | |
| identyfikator REGON | 53243905000025 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **szczepienie personelu *** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Punkt Szczepień | | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Otmuchów/48-385/Nyska 13 | | |
| telefon/ telefony | 774390520 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 123 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|---|---|---|
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "CENTRUM" GRAŻYNA WASIAK | | x |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Praszka/46-320/Szosa Gańska 3A | | |
| telefon/ telefony: | 343591186 | | |
| identyfikator REGON | 15089711700026 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **szczepienie personelu *** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Poradnia Alergologiczna | | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Praszka/46-320/Szosa Gańska 3A | | |
| telefon/ telefony | 343591186 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 124** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | Leszek Kazimierz Oduliński | | x |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kędzierzyn-Koźle/47-206/Plac Richarda Wagnera 9 | | |
| telefon/ telefony: | 774822686 | | |
| identyfikator REGON | 53074071000031 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **szczepienie personelu *** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Poradnia POZ | | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kędzierzyn-Koźle/47-206/Plac Richarda Wagnera 9 | | |
| telefon/ telefony | 774822686 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 125** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "MEDYK" SOBÓTKA SPÓŁKA PARTNERSKA LEKARZY | | x |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kluczbork/46-200/Grunwaldzka 20 | | |
| telefon/ telefony: | 774474600 | | |
| identyfikator REGON | 53223577700021 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **szczepienie personelu *** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Poradnia Lekarza POZ | | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kluczbork/46-200/Grunwaldzka 20 | | |
| telefon/ telefony | 774474600 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 126** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | PZU ZDROWIE SPÓŁKA AKCYJNA | | x |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-706/pl. Józefa Piłsudskiego 5 | | |
| telefon/ telefony: | 774413234 | | |
| identyfikator REGON | 14334316600059 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **szczepienie personelu *** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Centrum Medyczne Medicus Zakład nr 1 | | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-706/pl. Józefa Piłsudskiego 5 | | |
| telefon/ telefony | 513103462 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 127 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|---|---|---|
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PRAKTYKA LEKARZY ROZINNYCH MEDICA S.C.B.BENICKI J.KUSTRA K.ADAMIK A.TOMCZYK | | x |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Leśnica/47-150/Plac Narutowicza 27 | | |
| telefon/ telefony: | 774615324 | | |
| identyfikator REGON | 53155625500028 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **szczepienie personelu *** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Praktyka Lekarzy Rodzinnych "MEDICA" s.c. | | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Leśnica/47-150/Plac Narutowicza 27 | | |
| telefon/ telefony | 774615324 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 128** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | Wiesław Bańczyk NZOZ ,,Zdrowie" | | x |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ZĘBOWICE/46-048/Izydora Murka 3A | | |
| telefon/ telefony: | 77 4216018 | | |
| identyfikator REGON | 150056180 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **szczepienie personelu *** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Wiesław Bańczyk NZOZ ,,Zdrowie" | | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ZĘBOWICE/46-048/Izydora Murka3A | | |
| telefon/ telefony | 77 4216018 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 129** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | OPTIMA MEDYCYNA SPÓŁKA AKCYJNA | | x |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-861/Dambonia 171 | | |
| telefon/ telefony: | 77 887 21 21 | | |
| identyfikator REGON | 53096880800033 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **szczepienie personelu *** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Przychodnia Lekarska Dambonia Opole | | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-861/Dambonia 171 | | |
| telefon/ telefony | 48 77 455 41 21 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **szczepienie personelu *** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Przychodnia Lekarska Nyska 1 Prudnik | | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Prudnik/48-200/Nyska 1 | | |
| telefon/ telefony | 77 547 01 40 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3** | | **szczepienie personelu *** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Przychodnia Lekarska Racławice Śląskie | | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Racławice/48-250/Zwycięstwa 60 | | |
| telefon/ telefony | 77 437 65 88 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 4 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
|---|---|---|---|
| nazwa: | Przychodnia Lekarska Dytmarów | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Dytmarów/48-231/Dytmarów 2a | | |
| telefon/ telefony | 77 436 19 02 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 130** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PANACEUM S.C.MARKOWSKA-KARDYŚ ELŻBIETA SACHANBIŃSKA IWONA | | x |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Chrząstowice/46-053/Polna 2B | | |
| telefon/ telefony: | 775506808 | | |
| identyfikator REGON | 53157273900023 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **szczepienie personelu *** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "PANACEUM" S.C. | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Chrząstowice/46-053/Polna 2B | | |
| telefon/ telefony | 775506808 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 131** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | GRUPOWA PRAKTYKA LEKARSKA PRO-FAMILIA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | x |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Namysłów/46-100/Pocztowa 7 | | |
| telefon/ telefony: | 774100468 | | |
| identyfikator REGON | 160361544 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **szczepienie personelu *** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | GRUPOWA PRAKTYKA LEKARSKA PRO-FAMILIA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Namysłów/46-100/Pocztowa 7/7 | | |
| telefon/ telefony | 774100468 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 132** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | Adriana Beata Łukowska-Zdobylak | | x |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Polska Cerekiew/47-260/1 Maja 13 | | |
| telefon/ telefony: | 774875129 | | |
| identyfikator REGON | 531601085 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **szczepienie personelu *** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Adriana Beata Łukowska-Zdobylak | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Polska Cerekiew/47-260/1 Maja 13 | | |
| telefon/ telefony | 774875129 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 133 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|---|---|---|
| nazwa: | CENTRUM MEDYCZNE PULS LATUSEK-MICHALSKA I OSMÓLSKI - SPÓŁKA PARTNERSKA LEKARZY | | x |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kluczbork/46-203/Ligonia 14 F | | |
| telefon/ telefony: | 774185500 | | |
| identyfikator REGON | 16003728100026 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **szczepienie personelu *** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Punkt Szczepień | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kluczbork/46-203/Ligonia 14 F | | |
| telefon/ telefony | 774185500 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 134** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | DIAGNOSTYKA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | x |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kraków/31-864/prof. Michała Życzkowskiego 16 | | |
| telefon/ telefony: | 12 29 50 100 | | |
| identyfikator REGON | 356366975 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **szczepienie personelu *** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Punkt Szczepień | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Olesno/46-300/Małe Przedmieście 14 | | |
| telefon/ telefony | 12 295 01 00 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **szczepienie personelu *** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Punkt Szczepień | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-551/Juliana Tuwima 1 | | |
| telefon/ telefony | 12 295 01 00 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 135** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | LUX MED Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | | x |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa/02-676/Postępu 21 C | | |
| telefon/ telefony: | 224504500 | | |
| identyfikator REGON | 140723603 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **szczepienie personelu *** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | CMR Medycyna Rodzinna | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-273/Fieldorfa 2 | | |
| telefon/ telefony | 22 450 50 01 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 136** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | Indywidualna Praktyka Lekarska GrażynaMackiewicz-Zabochnicka | | x |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KORFANTÓW/48-317/3 MAJA 7 | | |
| telefon/ telefony: | 774351941 | | |
| identyfikator REGON | 531209654 | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
|---|---|---|---|
| nazwa: | Indywidualna Praktyka Lekarska GrażynaMackiewicz-Zabochnicka | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KORFANTÓW/48-317/3 MAJA 7 | | |
| telefon/ telefony | 774351941 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 137** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Grupowa Praktyka Lekarza Rodzinnego G. Krajuszek-Schatt, U. Pasek, M. Świętojańska | | x |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KĘDZIERZYN-KOŹLE/47-224/PL. JANA SURZYCKIEGO 1/I | | |
| telefon/ telefony: | 774833722 | | |
| identyfikator REGON | 53125119400022 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **szczepienie personelu *** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Grupowa Praktyka Lekarza Rodzinnego G. Krajuszek-Schatt, U. Pasek, M. Świętojańska | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KĘDZIERZYN-KOŹLE/47-224/PL. JANA SURZYCKIEGO 1/I | | |
| telefon/ telefony | 774833722 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 138** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | Maria Teresa Czerner | | x |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KORFANTÓW/48-317/3 MAJA 7 | | |
| telefon/ telefony: | 774009807 | | |
| identyfikator REGON | 532415752 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **szczepienie personelu *** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Maria Teresa Czerner | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KORFANTÓW/48-317/3 MAJA 7 | | |
| telefon/ telefony | 774009807 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 139** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | REMEDIUM CHOLEWIŃSKI,MASZKOWSKA SPÓŁKA JAWNA | | x |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BYCZYNA/46-220/MONIUSZKI 4 | | |
| telefon/ telefony: | 77 413 40 58 | | |
| identyfikator REGON | 53164907000022 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **szczepienie personelu *** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Remedium Byczyna Cholewiński, Maszkowska | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BYCZYNA/46-220/MONIUSZKI 4 | | |
| telefon/ telefony | 77 413 40 58 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 140** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PANACEUM S.C.MARKOWSKA-KARDYŚ ELŻBIETA SACHANBIŃSKA IWONA | | x |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Chrząstowice/746-053/ul. Polna 2B | | |
| telefon/ telefony: | 775506808 | | |
| identyfikator REGON | 53157273900023 | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
|---|---|---|---|
| nazwa: | PORADNIA OSOWIEC | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OSOWIEC/46-023/OLESKA 7 | | |
| telefon/ telefony | 507418812 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 141 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|---|---|---|
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ CYTRAMED JANINA CYTRYCKA | | x |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RADŁÓW/46-331/DŁUGA 3 | | |
| telefon/ telefony: | 343599050 | | |
| identyfikator REGON | 15025791000021. | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
|---|---|---|---|
| nazwa: | NZOZ CYTRAMED | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RADŁÓW/46-331/DŁUGA 3 | | |
| telefon/ telefony | 343599050 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 142 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|---|---|---|
| nazwa: | Irena Topa-Dobrowolska | | x |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PRÓSZKÓW/46-060/POLNA 1 | | |
| telefon/ telefony: | 774649007 | | |
| identyfikator REGON | 53120610100047 | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
|---|---|---|---|
| nazwa: | SAMODZIELNY NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "REMEDIA" | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PRÓSZKÓW/46-060/POLNA 1 | | |
| telefon/ telefony | 774649007 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 143 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|---|---|---|
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "ARS - MED" ANDRZEJ SALIJ, CZESŁAW SOKÓŁ SPÓŁKA JAWNA | | x |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lubsza/49-313/Szkolna 1 C | | |
| telefon/ telefony: | 774118551 | | |
| identyfikator REGON | 53155428500020 | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
|---|---|---|---|
| nazwa: | PORADNIA POZ | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KARŁOWICE/46-037/KOLEJOWA 8 | | |
| telefon/ telefony | 774697226 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 144 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|---|---|---|
| nazwa: | DOM ZDROWIA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | x |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | POPIELÓW/46-090/DWORCOWA 39 | | |
| telefon/ telefony: | 774 692 064 | | |
| identyfikator REGON | 369980870-00011 | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
|---|---|---|---|
| nazwa: | PRZYCHODNIA RODZINNA DOM ZDROWIA | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | POPIELÓW/46-090/DWORCOWA 39 | | |
| telefon/ telefony | 77 500 59 90 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 145** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | MEDIPAK SPÓŁKA JAWNA CZESŁAW KOBYŁECKI, ZENON KAWECKI, DANUTA KOBYŁECKA | | x |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | REŃSKA WIEŚ/48-314/ 76 | | |
| telefon/ telefony: | 774357685 | | |
| identyfikator REGON | 53166331800020 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **szczepienie personelu *** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA OGÓLNA | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | REŃSKA WIEŚ/48-314/ 76 | | |
| telefon/ telefony | 774357685 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 146** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej MEDYK Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | | x |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | NIEMODLIN/49-100/OPOLSKA 30 B | | |
| telefon/ telefony: | 774 607 705 | | |
| identyfikator REGON | 53240653000027 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **szczepienie personelu *** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MEDYK SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | NIEMODLIN/49-100/OPOLSKA 30 B | | |
| telefon/ telefony | 774607704 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 147** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ | | x |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŁUBNIANY/46-024/OPOLSKA 53 A | | |
| telefon/ telefony: | 774215006 | | |
| identyfikator REGON | 531582212 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **szczepienie personelu *** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | GMINNY OŚRODEK ZDROWIA | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŁUBNIANY/46-024/OPOLSKA 53 A | | |
| telefon/ telefony | 774215006 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 148** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | Justyna Joanna Łomny-Elias | | x |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OPOLE/45-304/PIOTRKOWSKA 1 | | |
| telefon/ telefony: | 600853495 | | |
| identyfikator REGON | 16026079000041 | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
|---|---|---|---|
| nazwa: | GABINET PIELĘGNIARKI POZ | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OPOLE/45-304/PIOTRKOWSKA 1 | | |
| telefon/ telefony | 600853495 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 149 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|---|---|---|
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "MEDYK" SOBÓTKA SPÓŁKA PARTNERSKA LEKARZY | | x |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kluczbork/46-200/ul. Grunwaldzka 20 | | |
| telefon/ telefony: | (077)447 46 00 | | |
| identyfikator REGON | 53223577700021 | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
|---|---|---|---|
| nazwa: | PUNKT LEKARSKI LASOWICE MAŁE | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LASOWICE MAŁE/46-280/ODRODZENIA 10 | | |
| telefon/ telefony | 774148221 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 150 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|---|---|---|
| nazwa: | MEDICOM Spółka Cywilna | | x |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KOMPRACHCICE/46-070/BILIŃSKIEGO 2 | | |
| telefon/ telefony: | 774646130 | | |
| identyfikator REGON | 16146636300025 | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
|---|---|---|---|
| nazwa: | MEDICOM S.C. | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KOMPRACHCICE/46-070/BILIŃSKIEGO 2 | | |
| telefon/ telefony | 774646130 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 151 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|---|---|---|
| nazwa: | NALIGONIA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | x |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GŁOGÓWEK/48-250/LIGONIA 2 | | |
| telefon/ telefony: | 602 349 066 | | |
| identyfikator REGON | 366841842 | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
|---|---|---|---|
| nazwa: | NALIGONIA SP. Z O.O. | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GŁOGÓWEK/48-250/LIGONIA 2 | | |
| telefon/ telefony | 734150798 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 152 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|---|---|---|
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Przychodnia-Trzy Kotwice" S.C. E.Tuła-Granat P.Bednarz A.Szpak | | x |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Brzeg/49-300/ul. Trzech Kotwic 6 | | |
| telefon/ telefony: | 774444903 | | |
| identyfikator REGON | 53140551000026 | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
|---|---|---|---|
| nazwa: | PORADNIA OGÓLNA | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŁUKOWICE BRZESKIE/49-353/ 82 | | |
| telefon/ telefony | 774444903 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 153 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|---|---|---|
| nazwa: | ZAKŁAD USŁUG MEDYCZNYCH "KAMMED" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | x |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Brzeg/49-300/ul. Ziemi Tarnowskiej 3 | | |
| telefon/ telefony: | 774161111 | | |
| identyfikator REGON | 53140471700029 | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
|---|---|---|---|
| nazwa: | ZUM KAMMED SP. Z O. O. | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BRZEG/49-300/UL. HERBERTA 1 | | |
| telefon/ telefony | 774161111 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
|---|---|---|---|
| nazwa: | ZUM KAMMED SP. Z O. O. | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SKARBIMIERZ OSIEDLE/49-318/UL. TOPOLOWA 16 | | |
| telefon/ telefony | 773330001 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 154 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|---|---|---|
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ S.C."MED-IZB" Knosala Bernard, Knosala Robert, Knosala Emilia | | x |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | IZBICKO/47-180/POWSTAŃCÓW ŚLĄSKICH 34 | | |
| telefon/ telefony: | 77 461 72 88 | | |
| identyfikator REGON | 53154593200022 | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
|---|---|---|---|
| nazwa: | PRZYCHODNIA | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | IZBICKO/47-180/POWSTAŃCÓW ŚLĄSKICH 34 | | |
| telefon/ telefony | 77 461 72 88 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 155 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|---|---|---|
| nazwa: | GRUPOWA PRAKTYKA LEKARSKA PRO-FAMILIA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | x |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | NAMYSŁÓW/46-100/POCZTOWA 7 | | |
| telefon/ telefony: | 774100468 | | |
| identyfikator REGON | 16036154400025 | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
|---|---|---|---|
| nazwa: | NZOZ GRUPOWA PRAKTYKA LEKARSKA PRO FAMILIA SP. Z O.O. | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | NAMYSŁÓW/46-100/POCZTOWA 7 | | |
| telefon/ telefony | 774100468 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
|---|---|---|---|
| nazwa: | NZOZ GRUPOWA PRAKTYKA LEKARSKA PRO FAMILIA SP. Z O.O. | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | NAMYSŁÓW/46-100/POCZTOWA 7 | | |
| telefon/ telefony | 774100468 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 156** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "MED-VITA" S.C.MAŁGORZATA HOLLER DOROTA KĘCKA DOROTA SZUBELAK | | x |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BRZEG/49-300/OFIAR KATYNIA 51 | | |
| telefon/ telefony: | 601 771 092 | | |
| identyfikator REGON | 531500906 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **szczepienie personelu *** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | NZOZ MED.-VITA S.C. | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BRZEG/49-300/OFIAR KATYNIA 51 | | |
| telefon/ telefony | 774163215 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 157** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "ESKULAP" S.C. E. KOT-FILIPCZYK, L. FILIPCZYK, A. MATYSEK | | X |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Dobrodzień/46-380/ul. Moniuszki 2 | | |
| telefon/ telefony: | 343575275 | | |
| identyfikator REGON | 53164960800025 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **szczepienie** | **liczba zespołów** |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "ESKULAP" s.c. | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Dobrodzień/46-380/ul. Moniuszki 2 | | |
| telefon/ telefony | 343575275 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 158** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ VITA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | X |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Olesno/46-300/ul. Ignacego Krasickiego 2 | | |
| telefon/ telefony: | 343582093 | | |
| identyfikator REGON | 382547290 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **szczepienie personelu *** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Punkt Szczepień | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Olesno/46-300/ul. Ignacego Krasickiego 2 | | |
| telefon/ telefony | 606769457 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **szczepienie personelu *** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | NZOZ "VITA" SP. Z O.O. Kozłowice | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kozłowice/46-310/ul. Oleska 5 | | |
| telefon/ telefony | 606769457 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 159 | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|---|---|---|
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "MED-PIAST" S.C.CICHOŃ K. KRZEMIŃSKI R. SKRZYPULEC M. KORDOWSKA-WILEŃSKA M. | | X |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Strzelce Opolskie/47-100/ul. Os. Piastów Śl. 20 | | |
| telefon/ telefony: | 774630185 | | |
| identyfikator REGON | 53154500400028 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **szczepienie personelu *** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "MED-PIAST" S.C. | | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Strzelce Opolskie/47-100/Osiedle Piastów Śląskich 20 | | |
| telefon/ telefony | 774630180 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 160** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | Ewa Jarczyńska-Nimsz | | X |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Czepielowice/49-314/Czepielowice 109a | | |
| telefon/ telefony: | 774159758 | | |
| identyfikator REGON | 531568040 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **szczepienie personelu *** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Poradnia Ogólna | | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Czepielowice/49-314/Czepielowice 109a | | |
| telefon/ telefony | 774159758 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **szczepienie personelu *** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Poradnia Ogólna | | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Mąkoszyce/49-315/ul. Pocztowa 3 | | |
| telefon/ telefony | 774122123 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 161** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | Indywidualna Praktyka Lekarska lek.med.Urszula Langiewicz-Borysow | | x |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KOMORZNO/46-264/GŁÓWNA 36 | | |
| telefon/ telefony: | 48774149504 | | |
| identyfikator REGON | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **szczepienie personelu *** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Indywidualna Praktyka Lekarska lek.med.Urszula Langiewicz-Borysow | | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KOMORZNO/46-264/GŁÓWNA 36 | | |
| telefon/ telefony | 774149504 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 532206089 | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 162** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | PRAKTYKA LEKARSKA S.C,RÓŻA CHODARA MIKLUS KAZIMIERZ MIKLUS | | x |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LEWIN BRZESKI/49-340/KOŚCIUSZKI 52 | | |
| telefon/ telefony: | 774127528 | | |
| identyfikator REGON | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
|---|---|---|---|
| nazwa: | PRAKTYKA LEKARSKA S.C,RÓŻA CHODARA MIKLUS KAZIMIERZ MIKLUS | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LEWIN BRZESKI/49-340/KOŚCIUSZKI 52 | | |
| telefon/ telefony | 7741275 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 163** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | Praktyka Lekarska Ewa Szczepaniak | | x |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | DOMASZOWICE/46-146/STRZELECKA 3 | | |
| telefon/ telefony: | 774194111 | | |
| identyfikator REGON | 160075873 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **szczepienie personelu *** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Praktyka Lekarska Ewa Szczepaniak | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | DOMASZOWICE/46-146/STRZELECKA 3 | | |
| telefon/ telefony | 662939514 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 164** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | Marcinkowskiego Chudy Obara | | x |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nysa/48-300/Marcinkowskiego 2-4 | | |
| telefon/ telefony: | 774091700 | | |
| identyfikator REGON | 53238426000025 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **szczepienie personelu *** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Poradnia Lekarza POZ | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nysa/48-300/Marcinkowskiego 2-4 | | |
| telefon/ telefony | 774091700 | | |
| Data dodania do wykazu | 15.01.2021r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 165** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | PZU Zdrowie S.A. Oddział Centra Medyczne w Warszawie, Centrum Medyczne FCM Kędzierzyn-Koźle Mostowa | | x |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kędzierzyn-Koźle/47-223/Mostowa 30B | | |
| telefon/ telefony: | 774054150, 510202360 | | |
| identyfikator REGON | 14334316600152 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **szczepienie personelu *** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Centrum Medyczne FCM Kędzierzyn-Koźle Mostowa | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kędzierzyn-Koźle/47-223/Mostowa 30B | | |
| telefon/ telefony | 774054150, 510202360 | | |
| Data dodania do wykazu | 15.01.2021r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 166** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej - Przychodnia Rodzinna Mariacka sp. z o.o. | | x |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nysa/48-300/Mariacka 6/8 | | |
| telefon/ telefony: | 774355602 | | |
| identyfikator REGON | 53163922500029 | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | szczepienie personelu * | liczba zespołów (w miejscu) |
|---|---|---|---|
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej - Przychodnia Rodzinna Mariacka sp. z o.o. | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nysa/48-300/Mariacka 6/8 | | |
| telefon/ telefony | 774355602 | | |
| Data dodania do wykazu | 15.01.2021r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 167** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej A.M.-MED. | | x |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Świerczów/46-112/ Opolska 2 | | |
| telefon/ telefony: | 774199345 | | |
| identyfikator REGON | 53158607800027 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **szczepienie personelu *** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej A.M.-MED. Świerczów | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Świerczów/46-112/ Opolska 2 | | |
| telefon/ telefony | 774199345 | | |
| Data dodania do wykazu | 15.01.2021r. | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

* W - szpital węzłowy, P - pozostałe podmioty szczepiące personel (w tym szczepiące swoich pacjentów (m.in. ZOL))

**Wykaz podmiotów udzielających świadczeń dializoterapii ambulatoryjnej w związku z przeciwdziałaniem COVID-19**

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą | rodzaj i zakres realizowanych świadczeń |
|---|---|
| | świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń SOK w zakresie hemodializoterapia | X |
| Data dodania do wykazu | 18.01.2021 |
| Data wykreślenia z wykazu | |
| Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń SOK w zakresie hemodializoterapia - z zapewnieniem 24-godzinnego dyżuru | X |
| Data dodania do wykazu | 18.01.2021 |
| Data wykreślenia z wykazu | |

**Wicewojewoda Opolski**
**Teresa Barańska**
**Opole, dnia 18 stycznia 2021 r.**

**z upoważnienia Dyrektora OOWNFZ**
**Beata Cyganiuk Zastępca Dyrektora ds. Medycznych**