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

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 1		katalog realizowanych świadczeń								
nazwa:	**SZPITAL OGÓLNY IM. DR WITOLDA GINELA W GRAJEWIE**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	GRAJEWO 19-200, KONSTYTUCJI 3 MAJA 34									
telefon/ telefony:	86 272 32 71									
identyfikator REGON	450666822									
Miejsce udzielania świadczeń 1 *		**transport sanitarny ****	**leczenie**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	**Świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń**
nazwa:	PRZEDSIĘBIORSTWO OPIEKI SZPITALNEJ - ODDZIAŁ OBSERWACYJNO - ZAKAŹNY (w tym 4 łóżka dedykowane pacjentom wymagającym opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień)		X							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	GRAJEWO 19-200, KONSTYTUCJI 3 MAJA 34									
telefon/ telefony	86 272 32 71 wew. 233									
Miejsce udzielania świadczeń 2 *		**transport sanitarny ****	**leczenie**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	**Świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń**
nazwa:	SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	GRAJEWO 19-200, KONSTYTUCJI 3 MAJA 34							X		
telefon/ telefony	86 272 32 71 wew. 289									
Miejsce udzielania świadczeń 3 *		**transport sanitarny ****	**leczenie**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	**Świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń**
nazwa:	AKADEMICKI OŚRODEK DIAGNOSTYKI PATOMORFOLOGICZNEJ I GENETYCZNO-MOLEKULARNEJ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ						X			
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BIAŁYSTOK, 15-269, WASZYNGTONA 13									
telefon/ telefony	85 748 59 93									
Miejsce udzielania świadczeń 4 *		**transport sanitarny ****	**leczenie**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	**Świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń**
nazwa:	SZPITAL OGÓLNY IM. DR WITOLDA GINELA W GRAJEWIE									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	GRAJEWO 19-200, KONSTYTUCJI 3 MAJA 34								X	
telefon/ telefony	691 473 228									

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 2		katalog realizowanych świadczeń								
nazwa:	**SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W AUGUSTOWIE**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	AUGUSTÓW, 16-300, SZPITALNA 12									
telefon/ telefony:	87 644 42 84									
identyfikator REGON	790317038									
Miejsce udzielania świadczeń 1 *		**transport sanitarny ****	**leczenie**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	**Świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń**
nazwa:	SZPITAL - ODDZIAŁ OBSERWACYJNO - ZAKAŹNY		X							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	AUGUSTÓW, 16-300, SZPITALNA 12									
telefon/ telefony	87 64 44 250									

Miejsce udzielania świadczeń 2 *		transport sanitarny **	leczenie	izolatorium	teleporada	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań	Świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń
nazwa:	SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY							X		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	AUGUSTÓW, 16-300, SZPITALNA 12									
telefon/ telefony	87 64 44 200									
Miejsce udzielania świadczeń 3 *		**transport sanitarny ** **	**leczenie**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	**Świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń**
nazwa:	HOTEL KRECHOWIAK			X do 10.06.2020 r.						
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	AUGUSTÓW, 16-300, UL. 1 PUŁKU UŁANÓW KRECHOWIECKICH 2									
telefon/ telefony	87 643 20 33									

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 3		katalog realizowanych świadczeń								
nazwa:	**SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W HAJNÓWCE**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	HAJNÓWKA, 17-200 DOC. ADAMA DOWGIRDA, 9									
telefon/ telefony:	85 682 92 02									
identyfikator REGON	050582500									
Miejsce udzielania świadczeń 1 *		**transport sanitarny ** **	**leczenie**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	**Świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń**
nazwa:	ODDZIAŁ OBSERWACYJNO-ZAKAŹNY Z LECZENIEM COVID-19 (OGOLNA LICZBA ŁÓŻEK - 18)		X od 05.06.2020 r.							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	HAJNÓWKA, 17-200, DOC. ADAMA DOWGIRDA, 9									
telefon/ telefony	606 996 889									
Miejsce udzielania świadczeń 2 *		**transport sanitarny ** **	**leczenie**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	**Świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń**
nazwa:	SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY							X		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	HAJNÓWKA, 17-200, DOC. ADAMA DOWGIRDA, 9									
telefon/ telefony	85 682 92 47									
Miejsce udzielania świadczeń 3 *		**transport sanitarny ** **	**leczenie**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	**Świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń**
nazwa:	AKADEMICKI OŚRODEK DIAGNOSTYKI PATOMORFOLOGICZNEJ I GENETYCZNO-MOLEKULARNEJ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ						X			
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BIAŁYSTOK, 15-269, WASZYNGTONA 13									
telefon/ telefony	85 748 59 93									
Miejsce udzielania świadczeń 4 *		**transport sanitarny ** **	**leczenie**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	**Świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń**
nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W HAJNÓWCE								X	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	HAJNÓWKA, 17-200 DOC. ADAMA DOWGIRDA, 9									
telefon/ telefony	606 996 889									

Miejsce udzielania świadczeń 5 *		transport sanitarny **	leczenie	izolatorium	teleporada	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań	Świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń
nazwa:	ALAB LABORATORIA SP. Z O.O.									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA, 00-739, STĘPIŃSKA 22 LOK. 30						X			
telefon/ telefony	22 349 60 60									

Miejsce udzielania świadczeń 6 *		transport sanitarny **	leczenie	izolatorium	teleporada	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań	Świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń
nazwa:	SZPITAL IM. LEK. WŁODZIMIERZA MANTIUKA - STACJA DIALIZ (liczba stanowisk dializacyjnych - 1)		X od 23.06.2020 r.							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	HAJNÓWKA, 17-200, DOC. ADAMA DOWGIRDA, 9									
telefon/ telefony	85 682 91 95									

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 4		katalog realizowanych świadczeń
nazwa:	**SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W BIELSKU PODLASKIM**	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BIELSK PODLASKI, 17-100, KLESZCZELOWSKA 1	
telefon/ telefony:	85 833 43 30	
identyfikator REGON	050584924	

Miejsce udzielania świadczeń 1 *		transport sanitarny **	leczenie	izolatorium	teleporada	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań	Świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń
nazwa:	LECZNICTWO SZPITALNE - ODDZIAŁ OBSERWACYJNO- ZAKAŹNY		X							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BIELSK PODLASKI, 17-100, KLESZCZELOWSKA 1									
telefon/ telefony	85 833 43 56									

Miejsce udzielania świadczeń 2 *		transport sanitarny **	leczenie	izolatorium	teleporada	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań	Świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń
nazwa:	SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BIELSK PODLASKI, 17-100, KLESZCZELOWSKA 1							X		
telefon/ telefony	85 833 27 50									

Miejsce udzielania świadczeń 3 *		transport sanitarny **	leczenie	izolatorium	teleporada	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań	Świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń
nazwa:	HOTEL CZTERY PORY ROKU			X						
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	PILIKI 133, 17-100 BIELSK PODLASKI			data zawarcia umowy 09.04.2020 r. do 30.06.2020 r.						
telefon/ telefony	85 655 05 54									

Miejsce udzielania świadczeń 4 *		transport sanitarny **	leczenie	izolatorium	teleporada	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań	Świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń
nazwa:	AKADEMICKI OŚRODEK DIAGNOSTYKI PATOMORFOLOGICZNEJ I GENETYCZNO-MOLEKULARNEJ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ						X			
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BIAŁYSTOK, 15-269, WASZYNGTONA 13									
telefon/ telefony	85 748 59 93									

Miejsce udzielania świadczeń 5 *		transport sanitarny **	leczenie	izolatorium	teleporada	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań	Świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń

nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W BIELSKU PODLASKIM									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BIELSK PODLASKI, 17-100, KLESZCZELOWSKA 1								x	
telefon/ telefony	85 833 43 56									

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 5		katalog realizowanych świadczeń								
nazwa:	**SZPITAL WOJEWÓDZKI IM. DR. LUDWIKA RYDYGIERA W SUWAŁKACH**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SUWAŁKI, 16-400, SZPITALNA, 60									
telefon/ telefony:	87 562 94 21									
identyfikator REGON	790319362									
Miejsce udzielania świadczeń 1 *		**transport sanitarny ****	**leczenie**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	**Świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń**
nazwa:	SZPITAL SPECJALISTYCZNY - ODDZIAŁ CHORÓB ZAKAŹNYCH		X							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SUWAŁKI, 16-400, SZPITALNA, 60									
telefon/ telefony	87 562 92 15									
Miejsce udzielania świadczeń 2 *		**transport sanitarny ****	**leczenie**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	**Świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń**
nazwa:	SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY							X		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SUWAŁKI, 16-400, SZPITALNA, 60									
telefon/ telefony	87 562 92 61									
Miejsce udzielania świadczeń 3 *		**transport sanitarny ****	**leczenie**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	**Świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń**
nazwa:	AKADEMICKI OŚRODEK DIAGNOSTYKI PATOMORFOLOGICZNEJ I GENETYCZNO-MOLEKULARNEJ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ						X			
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BIAŁYSTOK, 15-269, WASZYNGTONA 13									
telefon/ telefony	85 748 59 93									
Miejsce udzielania świadczeń 4 *		**transport sanitarny ****	**leczenie**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	**Świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń**
nazwa:	HOTEL HOLIDAY			X data zawarcia umowy 20.04.2020 r.						
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	STARY FOLWARK 106, 16-402 SUWAŁKI									
telefon/ telefony	87 563 71 20									
Miejsce udzielania świadczeń 5 *		**transport sanitarny ****	**leczenie**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	**Świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń**
nazwa:	SZPITAL WOJEWÓDZKI IM. DR. LUDWIKA RYDYGIERA W SUWAŁKACH								X	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SUWAŁKI, 16-400, SZPITALNA 60									
telefon/ telefony	533 340 151									

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 6		katalog realizowanych świadczeń
nazwa:	**SZPITAL WOJEWÓDZKI IM. KARDYNAŁA STEFANA WYSZYŃSKIEGO W ŁOMŻY**	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŁOMŻA, 18-404, AL. MARSZ. JÓZEFA PIŁSUDSKIEGO 11	
telefon/ telefony:	86 473 36 24	
identyfikator REGON	450665024	

Miejsce udzielania świadczeń 1 *		transport sanitarny **	leczenie	izolatorium	teleporada	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań	Świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń
nazwa:	SZPITAL WOJEWÓDZKI IM. KARDYNAŁA STEFANA WYSZYŃSKIEGO W ŁOMŻY		X do 31.05.2020 r.							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŁOMŻA, 18-404, AL. MARSZ. JÓZEFA PIŁSUDSKIEGO 11									
telefon/ telefony	86 473 36 24									
Miejsce udzielania świadczeń 2 *		**transport sanitarny ****	**leczenie**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	**Świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń**
nazwa:	ODDZIAŁ CHORÓB PŁUC I GRUŹLICY (LICZBA ŁÓŻEK DEDYKOWANYCH - 30)		X od 01.06.2020 r.							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŁOMŻA, 18-404, AL. MARSZ. JÓZEFA PIŁSUDSKIEGO 11									
telefon/ telefony	86 473 36 24									

Miejsce udzielania świadczeń 3 *		transport sanitarny **	leczenie	izolatorium	teleporada	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań	Świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń
nazwa:	ODDZIAŁ OBSERWACYJNO-ZAKAŹNY Z PODODDZIAŁEM OBSERWACYJNO- ZAKAŹNYM DZIECIĘCYM (LICZBA ŁÓŻEK DEDYKOWANYCH - 20)		X od 01.06.2020 r.							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŁOMŻA, 18-404, AL. MARSZ. JÓZEFA PIŁSUDSKIEGO 11									
telefon/ telefony	86 473 36 24									
Miejsce udzielania świadczeń 4 *		**transport sanitarny ** **	**leczenie**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	**Świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń**
nazwa:	ODDZIAŁ NEFROLOGICZNY (LICZBA ŁÓŻEK DEDYKOWANYCH - 1)		X od 23.06.2020 r.							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŁOMŻA, 18-404, AL. MARSZ. JÓZEFA PIŁSUDSKIEGO 11									
telefon/ telefony	86 473 36 24									
Miejsce udzielania świadczeń 5 *		**transport sanitarny ** **	**leczenie**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	**Świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń**
nazwa:	ODDZIAŁ NEUROLOGICZNY (LICZBA ŁÓŻEK DEDYKOWANYCH - 13) oraz PODODDZIAŁ UDAROWY (LICZBA ŁÓŻEK DEDYKOWANYCH - 16)		X od 01.06.2020 r.							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŁOMŻA, 18-404, AL. MARSZ. JÓZEFA PIŁSUDSKIEGO 11									
telefon/ telefony	86 473 36 24									
Miejsce udzielania świadczeń 6 *		**transport sanitarny ** **	**leczenie**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	**Świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń**
nazwa:	ODDZIAŁ OKULISTYCZNY (LICZBA ŁÓŻEK DEDYKOWANYCH - 15)		X od 01.06.2020 r.							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŁOMŻA, 18-404, AL. MARSZ. JÓZEFA PIŁSUDSKIEGO 11									
telefon/ telefony	86 473 36 24									
Miejsce udzielania świadczeń 7 *		**transport sanitarny ** **	**leczenie**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	**Świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń**
nazwa:	ODDZIAŁ GINEKOLOGICZNO-POŁOŻNICZY Z PODODDZIAŁEM PATOLOGII CIĄŻY (LICZBA ŁÓŻEK DEDYKOWANYCH - 39)		X od 01.06.2020 r.							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŁOMŻA, 18-404, AL. MARSZ. JÓZEFA PIŁSUDSKIEGO 11									
telefon/ telefony	86 473 36 24									
Miejsce udzielania świadczeń 8 *		**transport sanitarny ** **	**leczenie**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	**Świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń**
nazwa:	ODDZIAŁ NOWORODKÓW I WCZEŚNIAKÓW Z PODODDZIAŁEM PATOLOGII NOWORODKA I INTENSYWNEJ OPIEKI (LICZBA ŁÓŻEK DEDYKOWANYCH - 25)		X od 01.06.2020 r.							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŁOMŻA, 18-404, AL. MARSZ. JÓZEFA PIŁSUDSKIEGO 11									
telefon/ telefony	86 473 36 24									
Miejsce udzielania świadczeń 9 *		**transport sanitarny ** **	**leczenie**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	**Świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń**

nazwa:	STACJA DIALIZ (LICZBA STANOWISK DIALIZACYJNYCH DEDYKOWANYCH - 20)		X do 22.06.2020 r.							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŁOMŻA, 18-404, AL. MARSZ. JÓZEFA PIŁSUDSKIEGO 11									
telefon/ telefony	86 473 36 24									
Miejsce udzielania świadczeń 10 *		**transport sanitarny ****	**leczenie**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	**Świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń**
nazwa:	MIEJSKI OŚRODEK SPORTU I REKREACJI W ŁOMŻY			X data zawarcia umowy 06.04.2020 r.						
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	UL. ZJAZD 18, 18-400 ŁOMŻA									
telefon/ telefony	86 215 06 05									
Miejsce udzielania świadczeń 11 *		**transport sanitarny ****	**leczenie**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	**Świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń**
nazwa:	SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŁOMŻA, 18-404, AL. MARSZ. JÓZEFA PIŁSUDSKIEGO 11							X		
telefon/ telefony	86 473 35 10									
Miejsce udzielania świadczeń 12 *		**transport sanitarny ****	**leczenie**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	**Świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń**
nazwa:	AKADEMICKI OŚRODEK DIAGNOSTYKI PATOMORFOLOGICZNEJ I GENETYCZNO-MOLEKULARNEJ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ						X			
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BIAŁYSTOK, 15-269, WASZYNGTONA 13									
telefon/ telefony	85 748 59 93									
Miejsce udzielania świadczeń 13 *		**transport sanitarny ****	**leczenie**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	**Świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń**
nazwa:	SZPITAL WOJEWÓDZKI IM. KARDYNAŁA STEFANA WYSZYŃSKIEGO W ŁOMŻY								X	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŁOMŻA, 18-404, AL. MARSZ. JÓZEFA PIŁSUDSKIEGO 11									
telefon/ telefony	86 47 33 510; 86 47 33 291									
Miejsce udzielania świadczeń 13 *		**transport sanitarny ****	**leczenie**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	**Świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń**
nazwa:	REGIONALNE CENTRUM KRWIODAWSTWA I KRWIOLECZNICTWA W BIAŁYMSTOKU						X			
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŁOMŻA, 18-404, AL. MARSZ. JÓZEFA PIŁSUDSKIEGO 11									
telefon/ telefony	86 473 36 24									

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 7		**katalog realizowanych świadczeń**								
nazwa:	**UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY W BIAŁYMSTOKU**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BIAŁYSTOK, 15-276, MARII SKŁODOWSKIEJ –CURIE 24A									
telefon/ telefony:	85 831 83 35									
identyfikator REGON	000288610									
Miejsce udzielania świadczeń 1 *		**transport sanitarny ****	**leczenie**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	**Świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń**
nazwa:	SZPITAL SPECJALISTYCZNY - KLINIKA CHORÓB ZAKAŹNYCH I NEUROINFEKCJI		X							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	15-540 BIAŁYSTOK UL. ŻURAWIA 14									
telefon/ telefony	85 740 95 73									

Miejsce udzielania świadczeń 2 *		transport sanitarny **	leczenie	izolatorium	teleporada	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań	Świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń
nazwa:	SZPITAL SPECJALISTYCZNY - KLINIKA CHORÓB ZAKAŹNYCH I HEPATOLOGII Z PODODDZIAŁAMI: OBSERWACYJNYM, ZAKAŻONYCH HIV I CHORYCH NA AIDS		X							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	15-540 BIAŁYSTOK UL. ŻURAWIA 14									
telefon/ telefony	85 740 95 73									
Miejsce udzielania świadczeń 3 *		**transport sanitarny ** **	**leczenie**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	**Świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń**
nazwa:	SZPITAL SPECJALISTYCZNY - PODODDZIAŁ DLA ZAKAŻONYCH HIV I CHORYCH NA AIDS WRAZ Z IZBĄ PRZYJĘĆ		X							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	15-540 BIAŁYSTOK UL. ŻURAWIA 14									
telefon/ telefony	85 740 95 73									
Miejsce udzielania świadczeń 4 *		**transport sanitarny ** **	**leczenie**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	**Świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń**
nazwa:	SZPITAL SPECJALISTYCZNY - KLINIKA CHORÓB ZAKAŹNYCH I CHORÓB WĄTROBY		X							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	15-540 BIAŁYSTOK UL. ŻURAWIA 14									
telefon/ telefony	85 740 95 73									
Miejsce udzielania świadczeń 5 *		**transport sanitarny ** **	**leczenie**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	**Świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń**
nazwa:	IZBA PRZYJĘĆ							X		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	15-540 BIAŁYSTOK UL. ŻURAWIA 14									
telefon/ telefony	85 740 95 73									
Miejsce udzielania świadczeń 6 *		**transport sanitarny ** **	**leczenie**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	**Świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń**
nazwa:	SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BIAŁYSTOK, 15-276, MARII SKŁODOWSKIEJ –CURIE 24A							X		
telefon/ telefony	85 740 95 73									
Miejsce udzielania świadczeń 7 *		**transport sanitarny ** **	**leczenie**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	**Świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń**
nazwa:	AKADEMICKI OŚRODEK DIAGNOSTYKI PATOMORFOLOGICZNEJ I GENETYCZNO-MOLEKULARNEJ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ						X			
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BIAŁYSTOK, 15-269, WASZYNGTONA 13									
telefon/ telefony	85 748 59 93									
Miejsce udzielania świadczeń 8 *		**transport sanitarny ** **	**leczenie**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	**Świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń**
nazwa:	HOTEL JARD DZIEMIAN I WSPÓLNICY SP.J.			X do 10.06.2020 r.						
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WASILKÓW,16-010, BIAŁOSTOCKA 94									
telefon/ telefony	601 612 950									
Miejsce udzielania świadczeń 9 *		**transport sanitarny ** **	**leczenie**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	**Świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń**

nazwa:	UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY W BIAŁYMSTOKU									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BIAŁYSTOK, 15-276, MARII SKŁODOWSKIEJ –CURIE 24A								X	
telefon/ telefony	85 831 83 40									
Miejsce udzielania świadczeń 10 *		**transport sanitarny ****	**leczenie**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	**Świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń**
nazwa:	ZAKŁAD LABORATORYJNEJ DIAGNOSTYKI KLINICZNEJ									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BIAŁYSTOK, 15-274, ul. J. WASZYNGTONA 15A						X			
telefon/ telefony	85 831 85 84									
Miejsce udzielania świadczeń 11 *		**transport sanitarny ****	**leczenie**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	**Świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń**
nazwa:	UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY W BIAŁYMSTOKU									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BIAŁYSTOK, 15-514, Żurawia 14								X	
telefon/ telefony	535 037 097									

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 8		katalog realizowanych świadczeń								
nazwa:	**UNIWERSYTECKI DZIECIĘCY SZPITAL KLINICZNY IM. L. ZAMENHOFA W BIAŁYMSTOKU**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BIAŁYSTOK 15-274, JERZEGO WASZYNGTONA, 17									
telefon/ telefony:	85 745 05 00									
identyfikator REGON	001406394									
Miejsce udzielania świadczeń 1 *		**transport sanitarny ****	**leczenie**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	**Świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń**
nazwa:	DZIECIĘCY SZPITAL UNIWERSYTECKI - KLINIKA OBSERWACYJNO - ZAKAŹNA DZIECI		X							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BIAŁYSTOK 15-274, JERZEGO WASZYNGTONA, 17									
telefon/ telefony	85 745 06 93									
Miejsce udzielania świadczeń 2 *		**transport sanitarny ****	**leczenie**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	**Świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń**
nazwa:	DZIECIĘCY SZPITAL UNIWERSYTECKI - KLINIKA NEUROLOGII I REHABILITACJI DZIECIĘCEJ (LICZBA ŁÓŻEK DEDYKOWANYCH - **2**)		X							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BIAŁYSTOK 15-274, JERZEGO WASZYNGTONA, 17									
telefon/ telefony	85 745 07 47									
Miejsce udzielania świadczeń 3 *		**transport sanitarny ****	**leczenie**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	**Świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń**
nazwa:	DZIECIĘCY SZPITAL UNIWERSYTECKI - KLINIKA CHIRURGII I UROLOGII DZIECIĘCEJ (LICZBA ŁÓŻEK DEDYKOWANYCH - 8)		X							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BIAŁYSTOK 15-274, JERZEGO WASZYNGTONA, 17									
telefon/ telefony	85 745 09 21									
Miejsce udzielania świadczeń 4 *		**transport sanitarny ****	**leczenie**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	**Świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń**
nazwa:	ZESPÓŁ TRANSPORTU MEDYCZNEGO	**1**								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BIAŁYSTOK, 15-274, UL. WASZYNGTONA 17									
telefon/ telefony										
Miejsce udzielania świadczeń 5 *		**transport sanitarny ****	**leczenie**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	**Świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń**
nazwa:	SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY							X		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BIAŁYSTOK 15-274, JERZEGO WASZYNGTONA, 17									
telefon/ telefony	85 745 07 47; 85 745 05 00									
Miejsce udzielania świadczeń 6 *		**transport sanitarny ****	**leczenie**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	**Świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń**
nazwa:	AKADEMICKI OŚRODEK DIAGNOSTYKI PATOMORFOLOGICZNEJ I GENETYCZNO-MOLEKULARNEJ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ						X			
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BIAŁYSTOK, 15-269, WASZYNGTONA 13									
telefon/ telefony	85 748 59 93									

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 9		katalog realizowanych świadczeń								
nazwa:	**WOJEWÓDZKA STACJA POGOTOWIA RATUNKOWEGO SP ZOZ W SUWAŁKACH**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	UL. MICKIEWICZA 11, 16-400 SUWAŁKI									
telefon/ telefony:	87 566 22 68									
identyfikator REGON	791001627									
Miejsce udzielania świadczeń 1 *		**transport sanitarny ****	**leczenie**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	**Świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń**
nazwa:	WOJEWÓDZKA STACJA POGOTOWIA RATUNKOWEGO W SUWAŁKACH - ZESPÓŁ TRANSPORTOWY	**1**								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	UL. MICKIEWICZA 11, 16-400 SUWAŁKI									
telefon/ telefony										

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 10		katalog realizowanych świadczeń								
nazwa:	**WOJEWÓDZKA STACJA POGOTOWIA RATUNKOWEGO SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W ŁOMŻY**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	UL. SZOSA ZAMBROWSKA 1/19, 18-400 ŁOMŻA									
telefon/ telefony:	86 216 62 15									
identyfikator REGON	450192689									
Miejsce udzielania świadczeń 1 *		**transport sanitarny ****	**leczenie**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	**Świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń**
nazwa:	WOJEWÓDZKA STACJA POGOTOWIA RATUNKOWEGO W ŁOMŻY-ZESPÓŁ TRANSPORTOWY	**1**								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	UL. SZOSA ZAMBROWSKA 1/19, 18-400 ŁOMŻA									
telefon/ telefony										

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 11		katalog realizowanych świadczeń								
nazwa:	**SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ WOJEWÓDZKA STACJA POGOTOWIA RATUNKOWEGO W BIAŁYMSTOKU**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	UL. POLESKA 89, 15-874 BIAŁYSTOK									
telefon/ telefony:	85 663 73 01									
identyfikator REGON	50622576									
Miejsce udzielania świadczeń 1 *		**transport sanitarny ****	**leczenie**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	**Świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń**
nazwa:	WOJEWÓDZKA STACJA POGOTOWIA RATUNKOWEGO W BIAŁYMSTOKU-ZESPÓŁ TRANSPORTOWY	**1**								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	UL. POLESKA 89, 15-874 BIAŁYSTOK									
telefon/ telefony										

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 12		katalog realizowanych świadczeń								
nazwa:	**SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MINISTERSTWA SPRAW WEWNĘTRZNYCH I ADMINISTRACJI W BIAŁYMSTOKU IM. MARIANA ZYNDRAMA KOŚCIAŁKOWSKIEGO**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BIAŁYSTOK, 15-471, UL. FABRYCZNA 27									
telefon/ telefony:	85 869 35 50									
identyfikator REGON	050637922									
Miejsce udzielania świadczeń 1 *		**transport sanitarny ****	**leczenie**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	**Świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń**
nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MINISTERSTWA SPRAW WEWNĘTRZNYCH I ADMINISTRACJI W BIAŁYMSTOKU IM. MARIANA ZYNDRAMA KOŚCIAŁKOWSKIEGO		X do 31.05.2020 r.							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BIAŁYSTOK, 15-471, UL. FABRYCZNA 27									
telefon/ telefony	85 869 35 50									
Miejsce udzielania świadczeń 2 *		**transport sanitarny ****	**leczenie**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	**Świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń**
nazwa:	ODDZIAŁ CHORÓB WEWNĘTRZNYCH I GASTROENTEROLOGII (LICZBA ŁÓŻEK DEDYKOWANYCH - 34)		X od 01.06.2020 r.							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BIAŁYSTOK, 15-471, UL. FABRYCZNA 27									
telefon/ telefony	85 869 35 50									
Miejsce udzielania świadczeń 3 *		**transport sanitarny ****	**leczenie**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	**Świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń**
nazwa:	ODDZIAŁ KARDIOLOGII (LICZBA ŁÓŻEK DEDYKOWANYCH - 33)		X od 01.06.2020 r.							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BIAŁYSTOK, 15-471, UL. FABRYCZNA 27									
telefon/ telefony	85 869 35 50									
Miejsce udzielania świadczeń 4 *		**transport sanitarny ****	**leczenie**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	**Świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń**
nazwa:	ODDZIAŁ ANESTEZJOLOGII I INTENSYWNEJ TERAPII (LICZBA ŁÓŻEK DEDYKOWANYCH - 9)		X od 01.06.2020 r.							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BIAŁYSTOK, 15-471, UL. FABRYCZNA 27									
telefon/ telefony	85 869 35 50									

Miejsce udzielania świadczeń 5 *		transport sanitarny **	leczenie	izolatorium	teleporada	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań	Świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń
nazwa:	IZBA PRZYJĘĆ							X		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BIAŁYSTOK, 15-471, UL. FABRYCZNA 27									
telefon/ telefony	85 869 45 77									
Miejsce udzielania świadczeń 6 *		**transport sanitarny ** **	**leczenie**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	**Świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń**
nazwa:	AKADEMICKI OŚRODEK DIAGNOSTYKI PATOMORFOLOGICZNEJ I GENETYCZNO-MOLEKULARNEJ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ						X			
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BIAŁYSTOK, 15-269, WASZYNGTONA 13									
telefon/ telefony	85 748 59 93									
Miejsce udzielania świadczeń 7 *		**transport sanitarny ** **	**leczenie**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	**Świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń**
nazwa:	KOMPLEKS HOTELOWY "NAD ZALEWEM"			X data zawarcia umowy 22.04.2020 r.						
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WASILKÓW, 16-010, UL. BIAŁOSTOCKA 94									
telefon/ telefony	601 612 950									
Miejsce udzielania świadczeń 8 *		**transport sanitarny ** **	**leczenie**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	**Świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń**
nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MINISTERSTWA SPRAW WEWNĘTRZNYCH I ADMINISTRACJI W BIAŁYMSTOKU IM. MARIANA ZYNDRAMA KOŚCIAŁKOWSKIEGO								X (do 30.06)	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BIAŁYSTOK, 15-471, UL. FABRYCZNA 27									
telefon/ telefony	85 869 45 77									

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 13		**katalog realizowanych świadczeń**								
nazwa:	**STOWARZYSZENIE POMOCY RODZINOM "NADZIEJA"**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŁOMŻA, 18-400, UL. ZAWADZKA 55									
telefon/ telefony:	600 100 406									
identyfikator REGON	451201479									
Miejsce udzielania świadczeń 1 *		**transport sanitarny ** **	**leczenie**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	**Świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń**
nazwa:	ZESPÓŁ TRANSPORTU MEDYCZNEGO	1								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŁOMŻA, 18-400, UL. ZAWADZKA 55									
telefon/ telefony										

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 14		katalog realizowanych świadczeń								
nazwa:	GABINET STOMATOLOGICZNY EURODENT AGNIESZKA CIMOCHOWSKA (DENTOBUS)									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SUCHOWOLA, 16-150, UL. KUPIECKA 8/3									
telefon/ telefony:	607795687									
identyfikator REGON	052233560									
Miejsce udzielania świadczeń 1 *		**transport sanitarny ****	**leczenie**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	**Świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń**
nazwa:	SZPITAL WOJEWÓDZKI IM. KARDYNAŁA STEFANA WYSZYŃSKIEGO W ŁOMŻY									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŁOMŻA, 18-404, AL. MARSZ. JÓZEFA PIŁSUDSKIEGO 11					X				
telefon/ telefony	697970525									
Miejsce udzielania świadczeń 2 *		**transport sanitarny ****	**leczenie**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	**Świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń**
nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MINISTERSTWA SPRAW WEWNĘTRZNYCH I ADMINISTRACJI W BIAŁYMSTOKU IM. MARIANA ZYNDRAMA-KOŚCIAŁKOWSKIEGO					X				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BIAŁYSTOK, 15-471, UL. FABRYCZNA 27									
telefon/ telefony	697970525									

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 15		katalog realizowanych świadczeń								
nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W SEJNACH									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SEJNY, 16-500, DR E. RITTLERA 2									
telefon/ telefony:	87 517 23 14									
identyfikator REGON	790317340									
Miejsce udzielania świadczeń 1 *		**transport sanitarny ****	**leczenie**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	**Świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń**
nazwa:	IZBA PRZYJĘĆ									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SEJNY, 16-500, DR E. RITTLERA 2							X		
telefon/ telefony	87 516 21 38									

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 16		katalog realizowanych świadczeń								
nazwa:	**SZPITAL POWIATOWY W ZAMBROWIE SPÓŁKA Z O.O.**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ZAMBRÓW, 18-300, UL. PAPIEŻA JANA PAWŁA II 3									
telefon/ telefony:	86 276 36 00									
identyfikator REGON	451153332									
Miejsce udzielania świadczeń 1 *		**transport sanitarny ****	**leczenie**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	**Świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń**
nazwa:	SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ZAMBRÓW, 18-300, UL. PAPIEŻA JANA PAWŁA II 3							X		
telefon/ telefony	86 276 36 32									
Miejsce udzielania świadczeń 2 *		**transport sanitarny ****	**leczenie**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	**Świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń**
nazwa:	AKADEMICKI OŚRODEK DIAGNOSTYKI PATOMORFOLOGICZNEJ I GENETYCZNO-MOLEKULARNEJ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ						X			
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BIAŁYSTOK, 15-269, WASZYNGTONA 13									
telefon/ telefony	85 748 59 93									
Miejsce udzielania świadczeń 3 *		**transport sanitarny ****	**leczenie**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	**Świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń**
nazwa:	SZPITAL POWIATOWY W ZAMBROWIE SPÓŁKA Z O.O.									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ZAMBRÓW, 18-300, UL. PAPIEŻA JANA PAWŁA II 3								X	
telefon/ telefony	86 276 36 32									
Miejsce udzielania świadczeń 4 *		**transport sanitarny ****	**leczenie**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	**Świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń**
nazwa:	ALAB LABORATORIA SP. Z O.O.									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA, 00-739, STĘPIŃSKA 22 LOK. 30						X			
telefon/ telefony	22 349 60 60									

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 17		katalog realizowanych świadczeń								
nazwa:	**SZPITAL OGÓLNY W WYSOKIEM MAZOWIECKIEM**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WYSOKIE MAZOWIECKIE, 18-200, UL. SZPITALNA 5									
telefon/ telefony:	86 477 55 01									
identyfikator REGON	450666236									
Miejsce udzielania świadczeń 1 *		**transport sanitarny ****	**leczenie**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	**Świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń**
nazwa:	SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WYSOKIE MAZOWIECKIE, 18-200, UL. SZPITALNA 5							X		
telefon/ telefony	86 477 55 60									
Miejsce udzielania świadczeń 2 *		**transport sanitarny ****	**leczenie**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	**Świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń**
nazwa:	AKADEMICKI OŚRODEK DIAGNOSTYKI PATOMORFOLOGICZNEJ I GENETYCZNO-MOLEKULARNEJ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BIAŁYSTOK, 15-269, WASZYNGTONA 13						X			
telefon/ telefony	85 748 59 93									
Miejsce udzielania świadczeń 3 *		**transport sanitarny ****	**leczenie**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	**Świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń**
nazwa:	SZPITAL OGÓLNY W WYSOKIEM MAZOWIECKIEM									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WYSOKIE MAZOWIECKIE, 18-200, UL. SZPITALNA 5								X	
telefon/ telefony	508 188 828									

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 18		katalog realizowanych świadczeń								
nazwa:	**SZPITAL OGÓLNY W KOLNIE**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KOLNO, 18-500, UL. WOJSKA POLSKIEGO 69									
telefon/ telefony:	86 278 23 50									
identyfikator REGON	450667610									
Miejsce udzielania świadczeń 1 *		**transport sanitarny ****	**leczenie**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	**Świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń**
nazwa:	SZPITALNA IZBA PRZYJĘĆ									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KOLNO, 18-500, UL. WOJSKA POLSKIEGO 69							X		
telefon/ telefony	86 278 24 24 w. 321, 301									
Miejsce udzielania świadczeń 2 *		**transport sanitarny ****	**leczenie**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	**Świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń**
nazwa:	AKADEMICKI OŚRODEK DIAGNOSTYKI PATOMORFOLOGICZNEJ I GENETYCZNO-MOLEKULARNEJ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ						X			
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BIAŁYSTOK, 15-269, WASZYNGTONA 13									
telefon/ telefony	85 748 59 93									

Miejsce udzielania świadczeń 3 *		transport sanitarny **	leczenie	izolatorium	teleporada	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań	Świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń
nazwa:	SZPITAL OGÓLNY W KOLNIE									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KOLNO, 18-500, UL. WOJSKA POLSKIEGO 69								X	
telefon/ telefony	607 690 219									

Miejsce udzielania świadczeń 4 *		transport sanitarny **	leczenie	izolatorium	teleporada	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań	Świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń
nazwa:	ALAB LABORATORIA SP. Z O.O.									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA, 00-739, STĘPIŃSKA 22 LOK. 30						X			
telefon/ telefony	22 349 60 60									

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 19		katalog realizowanych świadczeń
nazwa:	**SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W SIEMIATYCZACH**	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SIEMIATYCZE, 17-300, UL. SZPITALNA 8	
telefon/ telefony:	85 655 28 25	
identyfikator REGON	50653482	

Miejsce udzielania świadczeń 1 *		transport sanitarny **	leczenie	izolatorium	teleporada	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań	Świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń
nazwa:	IZBA PRZYJĘĆ									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SIEMIATYCZE, 17-300, UL. SZPITALNA 8							X		
telefon/ telefony	85 655 22 00 w. 312									

Miejsce udzielania świadczeń 2 *		transport sanitarny **	leczenie	izolatorium	teleporada	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań	Świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń
nazwa:	ALAB LABORATORIA SP. Z O.O.									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA, 00-739, STĘPIŃSKA 22 LOK. 30						X			
telefon/ telefony	22 349 60 60									

Miejsce udzielania świadczeń 3 *		transport sanitarny **	leczenie	izolatorium	teleporada	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań	Świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń
nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W SIEMIATYCZACH								X	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SIEMIATYCZE, 17-300, UL. SZPITALNA 8									
telefon/ telefony	85 655 28 25									

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 20		katalog realizowanych świadczeń
nazwa:	**SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W SOKÓŁCE**	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SOKÓŁKA, 16-100, UL. GEN. WŁADYSŁAWA SIKORSKIEGO 40	
telefon/ telefony:	85 722 04 63	
identyfikator REGON	50653170	

Miejsce udzielania świadczeń 1 *		transport sanitarny **	leczenie	izolatorium	teleporada	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań	Świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń
nazwa:	SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SOKÓŁKA, 16-100, UL. GEN. WŁADYSŁAWA SIKORSKIEGO 40							X		
telefon/ telefony	85 722 05 41									

Miejsce udzielania świadczeń 2 *		transport sanitarny **	leczenie	izolatorium	teleporada	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań	Świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń
nazwa:	AKADEMICKI OŚRODEK DIAGNOSTYKI PATOMORFOLOGICZNEJ I GENETYCZNO-MOLEKULARNEJ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ						X			
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BIAŁYSTOK, 15-269, WASZYNGTONA 13									
telefon/ telefony	85 748 59 93									

Miejsce udzielania świadczeń 3 *		transport sanitarny **	leczenie	izolatorium	teleporada	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań	Świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń
nazwa:	**SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W SOKÓŁCE**								X	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SOKÓŁKA, 16-100, UL. GEN. WŁADYSŁAWA SIKORSKIEGO 40									
telefon/ telefony	512 583 455									

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 21		katalog realizowanych świadczeń
nazwa:	**SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W DĄBROWIE BIAŁOSTOCKIEJ**	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	DĄBROWA BIAŁOSTOCKA, 16-200, UL. M.C.SKŁODOWSKIEJ 15	
telefon/ telefony:	85 712 12 06	
identyfikator REGON	50583037	

Miejsce udzielania świadczeń 1 *		transport sanitarny **	leczenie	izolatorium	teleporada	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań	Świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń
nazwa:	IZBA PRZYJĘĆ SZPITALA							X		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	DĄBROWA BIAŁOSTOCKA, 16-200, UL. M.C.SKŁODOWSKIEJ 15									
telefon/ telefony	85 712 12 06									

Miejsce udzielania świadczeń 2 *		transport sanitarny **	leczenie	izolatorium	teleporada	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań	Świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń
nazwa:	AKADEMICKI OŚRODEK DIAGNOSTYKI PATOMORFOLOGICZNEJ I GENETYCZNO-MOLEKULARNEJ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ						X			
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BIAŁYSTOK, 15-269, WASZYNGTONA 13									
telefon/ telefony	85 748 59 93									

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 22		katalog realizowanych świadczeń
nazwa:	**SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W MOŃKACH**	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MOŃKI, 19-100, UL. NIEPODLEGŁOŚCI 9	
telefon/ telefony:	668 877 590	
identyfikator REGON	50652956	

Miejsce udzielania świadczeń 1 *		transport sanitarny **	leczenie	izolatorium	teleporada	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań	Świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń
nazwa:	CENTRALNA IZBA PRZYJĘĆ							X		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MOŃKI, 19-100, UL. NIEPODLEGŁOŚCI 9									
telefon/ telefony	85 727 81 60									

Miejsce udzielania świadczeń 2 *		transport sanitarny **	leczenie	izolatorium	teleporada	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań	Świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń
nazwa:	AKADEMICKI OŚRODEK DIAGNOSTYKI PATOMORFOLOGICZNEJ I GENETYCZNO-MOLEKULARNEJ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ						X			

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BIAŁYSTOK, 15-269, WASZYNGTONA 13
telefon/ telefony	85 748 59 93

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 23		katalog realizowanych świadczeń								
nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ IM. DR E. JELSKIEGO W KNYSZYNIE									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KNYSZYN, 19-120, UL. GRODZIEŃSKA 96									
telefon/ telefony:	85 716 76 24, 727 91 72									
identyfikator REGON	451097214									
Miejsce udzielania świadczeń 1 *		**transport sanitarny ****	**leczenie**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	**Świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń**
nazwa:	IZBA PRZYJĘĆ									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KNYSZYN, 19-120, UL. GRODZIEŃSKA 96							X		
telefon/ telefony	85 727 91 70									
Miejsce udzielania świadczeń 2 *		**transport sanitarny ****	**leczenie**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	**Świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń**
nazwa:	AKADEMICKI OŚRODEK DIAGNOSTYKI PATOMORFOLOGICZNEJ I GENETYCZNO-MOLEKULARNEJ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ						X			
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BIAŁYSTOK, 15-269, WASZYNGTONA 13									
telefon/ telefony	85 748 59 93									
Miejsce udzielania świadczeń 3 *		**transport sanitarny ****	**leczenie**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	**Świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń**
nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ IM. DR E. JELSKIEGO W KNYSZYNIE				X					
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KNYSZYN, 19-120, UL. GRODZIEŃSKA 96									
telefon/ telefony	85 716 70 26									

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 24		katalog realizowanych świadczeń								
nazwa:	**SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY IM. J. ŚNIADECKIEGO W BIAŁYMSTOKU**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BIAŁYSTOK, 15-950, UL. M. SKŁODOWSKIEJ-CURIE 26									
telefon/ telefony:	85 748 85 00									
identyfikator REGON	50657729									
Miejsce udzielania świadczeń 1 *		**transport sanitarny ****	**leczenie**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	**Świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń**
nazwa:	SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BIAŁYSTOK, 15-950, UL. M. SKŁODOWSKIEJ-CURIE 26							X		
telefon/ telefony	85 748 81 10									
Miejsce udzielania świadczeń 2 *		**transport sanitarny ****	**leczenie**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	**Świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń**
nazwa:	AKADEMICKI OŚRODEK DIAGNOSTYKI PATOMORFOLOGICZNEJ I GENETYCZNO-MOLEKULARNEJ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BIAŁYSTOK, 15-269, WASZYNGTONA 13						X			
telefon/ telefony	85 748 59 93									
Miejsce udzielania świadczeń 3 *		**transport sanitarny ****	**leczenie**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	**Świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń**
nazwa:	UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY W BIAŁYMSTOKU; ZAKŁAD LABORATORYJNEJ DIAGNOSTYKI KLINICZNEJ									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BIAŁYSTOK, 15-274, ul. J. WASZYNGTONA 15A						X			
telefon/ telefony	85 831 85 84									

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 25		katalog realizowanych świadczeń								
nazwa:	**BIAŁOSTOCKIE CENTRUM ONKOLOGII IM. MARII SKŁODOWSKIEJ - CURIE**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BIAŁYSTOK, 15-027, UL. OGRODOWA 12									
telefon/ telefony:	85 664 68 00									
identyfikator REGON	50657379									
Miejsce udzielania świadczeń 1 *		**transport sanitarny ****	**leczenie**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	**Świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń**
nazwa:	IZBA PRZYJĘĆ									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BIAŁYSTOK, 15-027, UL. OGRODOWA 12							X		
telefon/ telefony	85 664 67 10									
Miejsce udzielania świadczeń 2 *		**transport sanitarny ****	**leczenie**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	**Świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń**
nazwa:	AKADEMICKI OŚRODEK DIAGNOSTYKI PATOMORFOLOGICZNEJ I GENETYCZNO-MOLEKULARNEJ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BIAŁYSTOK, 15-269, WASZYNGTONA 13						X			
telefon/ telefony	85 748 59 93									
Miejsce udzielania świadczeń 3 *		**transport sanitarny ****	**leczenie**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	**Świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń**
nazwa:	ALAB LABORATORIA SP. Z O.O.									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WARSZAWA, 00-739, STĘPIŃSKA 22 LOK. 30						X			
telefon/ telefony	22 349 60 60									

Miejsce udzielania świadczeń 4 *		transport sanitarny **	leczenie	izolatorium	teleporada	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań	Świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń
nazwa:	REGIONALNE CENTRUM KRWIODAWSTWA I KRWIOLECZNICTWA W BIAŁYMSTOKU						X			
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŁOMŻA, 18-404, AL. MARSZ. JÓZEFA PIŁSUDSKIEGO 11									
telefon/ telefony	86 473 36 24									

Miejsce udzielania świadczeń 5*		transport sanitarny **	leczenie	izolatorium	teleporada	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań	Świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń
nazwa:	ZAKŁAD LABORATORYJNEJ DIAGNOSTYKI KLINICZNEJ, UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY W BIAŁYMSTOKU						X			
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BIAŁYSTOK, 15-274, ul. J. WASZYNGTONA 15A									
telefon/ telefony	85 831 85 84									

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 26		katalog realizowanych świadczeń
nazwa:	**SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W ŁAPACH**	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŁAPY, 18-100, UL. JANUSZA KORCZAKA 23	
telefon/ telefony:	85 814 24 38	
identyfikator REGON	50644804	

Miejsce udzielania świadczeń 1 *		transport sanitarny **	leczenie	izolatorium	teleporada	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań	Świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń
nazwa:	IZBA PRZYJĘĆ							X		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŁAPY, 18-100, UL. JANUSZA KORCZAKA 23									
telefon/ telefony	85 814 24 16, 66									

Miejsce udzielania świadczeń 2 *		transport sanitarny **	leczenie	izolatorium	teleporada	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań	Świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń
nazwa:	AKADEMICKI OŚRODEK DIAGNOSTYKI						X			
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BIAŁYSTOK, 15-269, WASZYNGTONA 13									
telefon/ telefony	85 748 59 93									

Miejsce udzielania świadczeń 3 *		transport sanitarny **	leczenie	izolatorium	teleporada	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań	Świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń
nazwa:	ZESPÓŁ TRANSPORTU MEDYCZNEGO	1								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŁAPY, 18-100, UL. JANUSZA KORCZAKA 23									
telefon/ telefony										

Miejsce udzielania świadczeń 4 *		transport sanitarny **	leczenie	izolatorium	teleporada	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań	Świadczenia udzielane na podstawie umów o
nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W ŁAPACH								X	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŁAPY, 18-100, UL. JANUSZA KORCZAKA 23									
telefon/ telefony	85 814 24 16									

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 27		katalog realizowanych świadczeń
nazwa:	**SAMODZIELNY PUBLICZNY PSYCHIATRYCZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ IM.DR. STANISŁAWA DERESZA W CHOROSZCZY;**	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	CHOROSZCZ, 16-070, PL. Z.BRODOWICZA 1	
telefon/ telefony:	85 719 10 91	
identyfikator REGON	50580458	

Miejsce udzielania świadczeń 1 *		transport sanitarny **	leczenie	izolatorium	teleporada	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań	Świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń
nazwa:	IZBA PRZYJĘĆ									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	CHOROSZCZ, 16-070, PL. Z.BRODOWICZA 1							X		
telefon/ telefony	85 71 91 091 w. 220									

Miejsce udzielania świadczeń 2 *		transport sanitarny **	leczenie	izolatorium	teleporada	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań	Świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń
nazwa:	AKADEMICKI OŚRODEK DIAGNOSTYKI PATOMORFOLOGICZNEJ I									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BIAŁYSTOK, 15-269, WASZYNGTONA 13						X			
telefon/ telefony	85 748 59 93									

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 28		katalog realizowanych świadczeń								
nazwa:	**SAMODZIELNY SZPITAL MIEJSKI IM. PCK**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BIAŁYSTOK, 15-003, UL. SIENKIEWICZA 79									
telefon/ telefony:	85 664 85 19									
identyfikator REGON	50653482									
Miejsce udzielania świadczeń 1 *		**transport sanitarny ****	**leczenie**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	**Świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń**
nazwa:	IZBA PRZYJĘĆ SZPITALA									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BIAŁYSTOK, 15-003, UL. SIENKIEWICZA 79							X		
telefon/ telefony	85 664 85 16									
Miejsce udzielania świadczeń 2 *		transport sanitarny **	leczenie	izolatorium	teleporada	doraźne świadczenia	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań	Świadczenia udzielane na podstawie umów o
nazwa:	PATOMORFOLOGICZNEJ I GENETYCZNO-									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BIAŁYSTOK, 15-269, WASZYNGTONA 13						X			
telefon/ telefony	85 748 59 93									

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 29		katalog realizowanych świadczeń								
nazwa:	**EWA KONOPELKO - ŚLIŻEWSKA**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BIAŁYSTOK, 15-540, UL. ŻURAWIA 14									
telefon/ telefony:	505 128 840									
identyfikator REGON	550058380									
Miejsce udzielania świadczeń 1 *		transport sanitarny **	leczenie	izolatorium	teleporada	doraźne świadczenia	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań	Świadczenia udzielane na podstawie umów o
nazwa:	Gabinet stomatologiczny									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BIAŁYSTOK, 15-540, UL. ŻURAWIA 14 BUD. G GAB. 14					X				
telefon/ telefony	505 128 840									

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 30		katalog realizowanych świadczeń								
nazwa:	**ADAM BORUCH, MAJA BORUCH PROWADZĄCY WSPÓLNIE DZIAŁALNOŚĆ W FORMIE SPÓŁKI CYWILNEJ POD NAZWĄ: "ALMA MED" SPÓŁKA CYWILNA**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BOĆKI , 17-111, UL. GRUNWALDZKA 1									
telefon/ telefony:	608 142 750									
identyfikator REGON	50690632									
Miejsce udzielania świadczeń 1 *		transport sanitarny **	leczenie	izolatorium	teleporada	doraźne świadczenia	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań	Świadczenia udzielane na podstawie umów o
nazwa:	WSPÓLNIE DZIAŁALNOŚĆ W FORMIE SPÓŁKI									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BOĆKI , 17-111, UL. GRUNWALDZKA 1				X					
telefon/ telefony	608 142 750									

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 31		katalog realizowanych świadczeń								
nazwa:	**NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PRYWATNY GABINET STOMATOLOGICZNY HALINA OLĘDZKA**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SIEMIATYCZE , 17-300, UL. JANA KILIŃSKIEGO 60									
telefon/ telefony:	608 053 585									
identyfikator REGON	50278995									
Miejsce udzielania świadczeń 1 *		**transport sanitarny ****	**leczenie**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	**Świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń**

nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PRYWATNY GABINET STOMATOLOGICZNY HALINA OLĘDZKA				x					
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SIEMIATYCZE , 17-300, UL. JANA KILIŃSKIEGO 60									
telefon/ telefony	608 053 585									

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 32		**katalog realizowanych świadczeń**								
nazwa:	**DODATKOWA OPŁATA RYCZAŁTOWA ZA UTRZYMANIE STANU GOTOWOŚCI DO UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ W REŻIMIE SANITARNYM UWZGLEDNIAJĄCYM WPROWADZENIE NA TERYTORIUM RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ STANU ZAGROŻENIA EPIDEMICZNEGO, A NASTĘPNIE STANU EPIDEMII.**									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WOJEWÓDZTWO PODLASKIE									
telefon/ telefony:										
identyfikator REGON										
Miejsce udzielania świadczeń 1 *		**transport sanitarny ****	**leczenie**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	**Świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń**
nazwa:	**DODATKOWA OPŁATA RYCZAŁTOWA ZA UTRZYMANIE STANU GOTOWOŚCI DO UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ W REŻIMIE SANITARNYM UWZGLEDNIAJĄCYM WPROWADZENIE NA TERYTORIUM RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ STANU ZAGROŻENIA EPIDEMICZNEGO, A NASTĘPNIE STANU EPIDEMII.**									X
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WOJEWÓDZTWO PODLASKIE									
telefon/ telefony										

* w odniesieniu do transportu sanitarnego rozumiane jako miejsce stacjonowania zespołu / w odniesieniu do dentobusu rozumiane jako miejsce stacjonowania dentobusu
** liczba zespołów w danym miejscu