

## Wykaz podmiotów realizujących szczepienia przeciw grypie

|   |  |
|---|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą (1)</b> |  |
| nazwa:  | MEDICOVER SP. Z O.O.   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Kielce/ 25-112/ ul. Wapiennikowa 14  |
| telefon/ telefony:                                  | 500900500  |
| identyfikator REGON                                 | 01239650800458   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  |
| nazwa:  | Punkt Szczepień  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Kielce/ 25-112/ ul. Wapiennikowa 14  |
| telefon/ telefony                                   | 500900500  |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-09-21   |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą (2)</b> |  |
| nazwa:  | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ GMINNY OŚRODEK ZDROWIA W ŁOPUSZNI |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Łopuszno/ 26-070/ ul. Strażacka 10   |
| telefon/ telefony:                                  | 413914140  |
| identyfikator REGON                                 | 290415816  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  |
| nazwa:  | Ośrodek Zdrowia w Łopusznie  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Łopuszno/ 26-070/ ul. Strażacka 10   |
| telefon/ telefony                                   | 413914140  |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-09-21   |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą (3)</b> |  |
| nazwa:  | CENTRUM MEDYCZNE OMEGA H SKOWERSKA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Kielce/ 25-636/ ul. Szajnowicza 13e  |
| telefon/ telefony:                                  | 413475595  |
| identyfikator REGON                                 | 29055247600028   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  |
| nazwa:  | Punkt Szczepień  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Kielce/ 25-636/ ul. Szajnowicza 13e  |
| telefon/ telefony                                   | 413475595  |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-09-21   |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą (4)</b> |  |
| nazwa:  | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ KAZIMIERZA WIELKA                 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Kazimierza Wielka/ 28-500/ ul. Szkolna 22a                                       |
| telefon/ telefony:                                  | 413521831  |
| identyfikator REGON                                 | 00030236200039   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  |
| nazwa:  | SPZOZ Kazimierza Wielka  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Kazimierza Wielka/ 28-500/ ul. Szkolna 22a                                       |
| telefon/ telefony                                   | 413521831  |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-09-21   |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą (5)</b> |  |
| nazwa:  | ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W KOŃSKICH  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Końskie/ 26-200/ ul. Gimnazjalna 41 B  |
| telefon/ telefony:                                  | 413902387  |
| identyfikator REGON                                 | 260076450  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  |
| nazwa:  | Punkt Szczepień Powszechnych - Poradnia Zdrowia Psychicznego                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Końskie/ 26-200/ ul. Gimnazjalna 41 B  |
| telefon/ telefony                                   | 413902387  |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-09-21   |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą (6)</b> |  |
| nazwa:  | Zespół Opieki Zdrowotnej Ostrowiec Świętokrzyski                                 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Ostrowiec Świętokrzyski / 27-400/ ul. Karola Szymanowskiego 11                   |
| telefon/ telefony:                                  | 412613500  |
| identyfikator REGON                                 | 000311473  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  |
| nazwa:  | Punkt Szczepień węzłowo-populacyjny Zespół Opieki Zdrowotnej Ostrowiec Św.       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Ostrowiec Świętokrzyski / 27-400/ ul. Karola Szymanowskiego 11                   |
| telefon/ telefony                                   | 412613500  |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-09-21   |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą (7)</b> |  |
| nazwa:  | WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Kielce/ 25-736/ ul. Artwińskiego 1   |
| telefon/ telefony:                                  | 508529262  |
| identyfikator REGON                                 | 000289785  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  |
| nazwa:  | PORADNIA DERMATOLOGICZNA (2-gi gabinet)  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Kielce/ 25-736/ ul. Artwińskiego 1   |
| telefon/ telefony                                   | 508529262  |
| Data dodania do wykazu                              | 2021-09-21   |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą (8)</b> |  |
| nazwa:  | ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ WE WŁOSZCZOWIE- SZPITAL POWIATOWY IM. JANA PAWŁA II     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Włoszczowa/ 29-100/ ul. Żeromskiego 28   |
| telefon/ telefony:                                  | 413883712  |
| identyfikator REGON                                 | 000304295  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>               |  |
| nazwa:  | Punkt Szczepień  |

|  |   |
|--|---|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Włoszczowa/ 29-100/ ul. Żeromskiego 28                                |
| telefon/ telefony                                    | 413883712   |
| Data dodania do wykazu                               | 2021-09-21  |
| Data wykreślenia z wykazu                            |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą (9)</b>  |   |
| nazwa:   | PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W RADOSZYCACH                      |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Radoszyce/ 26-230/ ul. Mickiewicza 5                                  |
| telefon/ telefony:                                   | 509761560   |
| identyfikator REGON                                  | 290491190   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                |   |
| nazwa:   | Punkt Szczepień   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Radoszyce/ 26-230/ ul. Mickiewicza 5                                  |
| telefon/ telefony                                    | 509761560   |
| Data dodania do wykazu                               | 2021-09-21  |
| Data wykreślenia z wykazu                            |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą (10)</b> |   |
| nazwa:   | SAMORZĄDOWY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W STRAWCZYNI                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Strawczyn/ 26-067/ ul. Ogrodowa 2                                     |
| telefon/ telefony:                                   | 508668761   |
| identyfikator REGON                                  | 290674682   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                |   |
| nazwa:   | Ośrodek Zdrowia w Strawczynie   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Strawczyn/ 26-067/ ul. Ogrodowa 2                                     |
| telefon/ telefony                                    | 508668761   |
| Data dodania do wykazu                               | 2021-09-21  |
| Data wykreślenia z wykazu                            |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą (11)</b> |   |
| nazwa:   | ŚWIĘTOKRZYSKIE CENTRUM ONKOLOGII SPZOZ W KIELCACH                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Kielce/ 25-734/ ul. Prezydenta Stefana Artwińskiego 3                 |
| telefon/ telefony:                                   |   |
| identyfikator REGON                                  | '001263233  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                |   |
| nazwa:   | Poradnia Profilaktyki Zakładowej                                      |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Kielce/ 25-734/ ul. Prezydenta Stefana Artwińskiego 3                 |
| telefon/ telefony                                    |   |
| Data dodania do wykazu                               | 2021-09-21  |
| Data wykreślenia z wykazu                            |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą (12)</b> |   |
| nazwa:   | POWIATOWE CENTRUM USŁUG MEDYCZNYCH W KIELCACH                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Kielce/ 25-014/ ul. Żelazna 35  |
| telefon/ telefony:                                   | 413470340, 413470376  |
| identyfikator REGON                                  | 000985332   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                |   |
| nazwa:   | Poradnia lekarza POZ w Powiatowym Centrum Usług Medycznych w Kielcach |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Kielce/ 25-014/ ul. Żelazna 35  |
| telefon/ telefony                                    | 413470340, 413470376  |
| Data dodania do wykazu                               | 2021-09-21  |
| Data wykreślenia z wykazu                            |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą (13)</b> |   |
| nazwa:   | SP ZOZ GOZ W SMYKOWIE   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Smyków/ 26-212/ 91  |
| telefon/ telefony:                                   | 413739007   |
| identyfikator REGON                                  | 290422348   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                |   |
| nazwa:   | Punkt szczepień GOZ   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Smyków/ 26-212/ 91  |
| telefon/ telefony                                    | 413739007   |
| Data dodania do wykazu                               | 2021-09-21  |
| Data wykreślenia z wykazu                            |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą (14)</b> |   |
| nazwa:   | SZPITAL POWIATOWY W CHMIELNIKU  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Chmielnik/ 26-020/ ul. Kielecka 1-3                                   |
| telefon/ telefony:                                   | 413544390   |
| identyfikator REGON                                  | 00368011300037  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                |   |
| nazwa:   | Szpital Powiatowy w Chmielniku  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Chmielnik/ 26-020/ ul. Kielecka 1-3                                   |
| telefon/ telefony                                    | 413544390 wew143  |
| Data dodania do wykazu                               | 2021-09-21  |
| Data wykreślenia z wykazu                            |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą (15)</b> |   |
| nazwa:   | ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W PIŃCZOWIE                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Pińczów/ 28-400/ ul. Armii Krajowej 22                                |
| telefon/ telefony:                                   | 690335692   |
| identyfikator REGON                                  | '000304289  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                |   |
| nazwa:   | ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W PIŃCZOWIE                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Armii Krajowej 22, Pińczów  |
| telefon/ telefony                                    | Pińczów/ 28-400/ ul. Armii Krajowej 22                                |
| Data dodania do wykazu                               | 690335692   |
| Data wykreślenia z wykazu                            | 2021-09-21  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą (16)</b> |   |

|  |  |
|--|--|
| nazwa:   | GMINNY OŚRODEK ZDROWIA W TUCZEPACH                                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Tuczepy/ 28-142/ 15  |
| telefon/ telefony:                                   | 413533115  |
| identyfikator REGON                                  | 29077836400040   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                |  |
| nazwa:   | GMINNY OŚRODEK ZDROWIA W TUCZEPACH                                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Tuczepy/ 28-142/ 15  |
| telefon/ telefony                                    | 413533115  |
| Data dodania do wykazu                               | 2021-09-21   |
| Data wykreślenia z wykazu                            |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą (17)</b> |  |
| nazwa:   | GMINNY OŚRODEK ZDROWIA W MNIOWIE   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Mniów/ 26-080/ ul. Centralna 6   |
| telefon/ telefony:                                   | 413737003  |
| identyfikator REGON                                  | 29042196900045   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                |  |
| nazwa:   | Gabinet Szczepień Mniów  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Mniów/ 26-080/ ul. Centralna 6   |
| telefon/ telefony                                    | 413737003  |
| Data dodania do wykazu                               | 2021-09-21   |
| Data wykreślenia z wykazu                            |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą (18)</b> |  |
| nazwa:   | GMINNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W PAWŁOWIE                               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Pawłów/ 27-225/ 56   |
| telefon/ telefony:                                   | 413343128, 412740604   |
| identyfikator REGON                                  | 29066484400040   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                |  |
| nazwa:   | Punkt Szczepień  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Pawłów/ 27-225/ 56   |
| telefon/ telefony                                    | 413343128, 412740604   |
| Data dodania do wykazu                               | 2021-09-21   |
| Data wykreślenia z wykazu                            |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą (19)</b> |  |
| nazwa:   | SAMORZĄDOWY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W PIERZCHNICY                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Pierzchnica/ 26-015/ ul. Szkolna 30                                      |
| telefon/ telefony:                                   | 413538018  |
| identyfikator REGON                                  | 29002404000032   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                |  |
| nazwa:   | Punkt Szczepień  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Pierzchnica/ 26-015/ ul. Szkolna 30                                      |
| telefon/ telefony                                    | 413538018  |
| Data dodania do wykazu                               | 2021-09-21   |
| Data wykreślenia z wykazu                            |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą (20)</b> |  |
| nazwa:   | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W BODZENTYNIE             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Bodzentyn/ 26-010/ ul. OGRODOWA 1  |
| telefon/ telefony:                                   | 413115215  |
| identyfikator REGON                                  | 29075058400029   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                |  |
| nazwa:   | Punkt Szczepień Powszechnych - Bodzentyn                                 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Bodzentyn/ 26-010/ ul. OGRODOWA 1  |
| telefon/ telefony                                    | 413115215  |
| Data dodania do wykazu                               | 2021-09-21   |
| Data wykreślenia z wykazu                            |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą (21)</b> |  |
| nazwa:   | SAMORZĄDOWY ZESPÓŁ OŚRODKÓW ZDROWIA W ZAGNAŃSKU                          |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Zagnańsk/ 26-050/ ul. Spacerowa 8b                                       |
| telefon/ telefony:                                   | 413001057  |
| identyfikator REGON                                  | 290415101  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                |  |
| nazwa:   | Samorządowy Zespół Ośrodków Zdrowia w Zagnańsku                          |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Zagnańsk/ 26-050/ ul. Spacerowa 8b                                       |
| telefon/ telefony                                    | 413001057  |
| Data dodania do wykazu                               | 2021-09-21   |
| Data wykreślenia z wykazu                            |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą (22)</b> |  |
| nazwa:   | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ OŚRODEK ZDROWIA W MIRZECU |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Mirzec Stary/ 27-220/ 14   |
| telefon/ telefony:                                   | 412713088  |
| identyfikator REGON                                  | 29041555500030   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                |  |
| nazwa:   | Punkt Szczepień Mirzec   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Mirzec Stary/ 27-220/ 14   |
| telefon/ telefony                                    | 412713088  |
| Data dodania do wykazu                               | 2021-09-21   |
| Data wykreślenia z wykazu                            |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą (23)</b> |  |
| nazwa:   | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W SZYDŁOWIE               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Szydłów/ 28-225/ ul. Uroczą 1  |
| telefon/ telefony:                                   | 413545182  |

|  |   |
|--|---|
| identyfikator REGON                                  | 2907495300034   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                |   |
| nazwa:   | Punkt Szczepień   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Szydłów/ 28-225/ ul. Uroczą 1   |
| telefon/ telefony                                    | 413545182   |
| Data dodania do wykazu                               | 2021-09-21  |
| Data wykreślenia z wykazu                            |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą (24)</b> |   |
| nazwa:   | GMINNY OŚRODEK DROWIA W WODZISŁAWIU                                   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Wodzisław/ 28-330/ ul. ARIĄSKA 12                                     |
| telefon/ telefony:                                   | 572908164   |
| identyfikator REGON                                  | 29068177100026  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                |   |
| nazwa:   | GMINNY OŚRODEK ZDROWIA W WODZISŁAWIU                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Wodzisław/ 28-330/ ul. ARIĄSKA 12                                     |
| telefon/ telefony                                    | 572908164   |
| Data dodania do wykazu                               | 2021-09-21  |
| Data wykreślenia z wykazu                            |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą (25)</b> |   |
| nazwa:   | PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W RUDZIE MALENIECKIEJ              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Ruda Maleniecka/ 26-242/ 99A  |
| telefon/ telefony:                                   | 735407035   |
| identyfikator REGON                                  | 290629575   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                |   |
| nazwa:   | Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Rudzie Malenieckiej              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Ruda Maleniecka/ 26-242/ 99A  |
| telefon/ telefony                                    | 735407035   |
| Data dodania do wykazu                               | 2021-09-21  |
| Data wykreślenia z wykazu                            |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą (26)</b> |   |
| nazwa:   | SAMORZĄDOWY ZAKŁAD PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ W PIEKOSZOWIE        |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | PIEKOSZÓW/ 26-065/ ul. CZĘSTOCHOWSKA 75                               |
| telefon/ telefony:                                   | 577495003   |
| identyfikator REGON                                  | 29074942800039  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                |   |
| nazwa:   | SAMORZĄDOWY ZAKŁAD PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ W PIEKOSZOWIE        |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | PIEKOSZÓW/ 26-065/ ul. CZĘSTOCHOWSKA 75                               |
| telefon/ telefony                                    | 577495003   |
| Data dodania do wykazu                               | 2021-09-21  |
| Data wykreślenia z wykazu                            |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą (27)</b> |   |
| nazwa:   | GMINNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W WAŚNIOWIE                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Waśniów/ 27-425/ ul. RYNEK 2A   |
| telefon/ telefony:                                   | 412646012   |
| identyfikator REGON                                  | 290752169   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                |   |
| nazwa:   | Punkt Szczepień   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Waśniów/ 27-425/ ul. RYNEK 2A   |
| telefon/ telefony                                    | 412646012   |
| Data dodania do wykazu                               | 2021-09-21  |
| Data wykreślenia z wykazu                            |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą (28)</b> |   |
| nazwa:   | PRZYCHODNIA DLA RODZINY „GALUS” S.C. EWA I ROBERT BRUMIRSCY           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Suków/ 26-021/ 279A   |
| telefon/ telefony:                                   | 413073000   |
| identyfikator REGON                                  | 290576873   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                |   |
| nazwa:   | Przychodnia Suków   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Suków/ 26-021/ 279A   |
| telefon/ telefony                                    | 413073000   |
| Data dodania do wykazu                               | 2021-09-21  |
| Data wykreślenia z wykazu                            |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą (29)</b> |   |
| nazwa:   | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W CHMIELNIKU           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Chmielnik/ 26-020/ ul. Kielecka 18                                    |
| telefon/ telefony:                                   | 413542231   |
| identyfikator REGON                                  | 29109711700048  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                |   |
| nazwa:   | Punkt Szczepień   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Chmielnik/ 26-020/ ul. Kielecka 18                                    |
| telefon/ telefony                                    | 413542231   |
| Data dodania do wykazu                               | 2021-09-21  |
| Data wykreślenia z wykazu                            |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą (30)</b> |   |
| nazwa:   | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W SKARŻYSKU KOŚCIELNYM |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Skarżysko Kościelne/ 26-115/ ul. Iłżecka 2a                           |
| telefon/ telefony:                                   | 412714400   |
| identyfikator REGON                                  | 291109470   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                |   |

|  |  |
|--|--|
| nazwa:   | Gabinet zabiegowy  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Skarżysko Kościelne/ 26-115/ ul. Iłżecka 2a  |
| telefon/ telefony                                    | 412714400  |
| Data dodania do wykazu                               | 2021-09-21   |
| Data wykreślenia z wykazu                            |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą (31)</b> |  |
| nazwa:   | SAMORZĄDOWY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W MICHAŁOWIE  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Michałów/ 28-411/ 286  |
| telefon/ telefony                                    | 413565670  |
| identyfikator REGON                                  | 29111512800020   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                |  |
| nazwa:   | Ośrodek Zdrowia Michałów   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Michałów/ 28-411/ 286  |
| telefon/ telefony                                    | 413565670  |
| Data dodania do wykazu                               | 2021-09-21   |
| Data wykreślenia z wykazu                            |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą (32)</b> |  |
| nazwa:   | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "SIERANT"-MACIEJ SIERANT                                   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Lipnik/ 27-540/ ul. Lipnik 17A   |
| telefon/ telefony                                    | 158691776  |
| identyfikator REGON                                  | 83040832000029   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                |  |
| nazwa:   | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ"SIERANT"   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Lipnik/ 27-540/ ul. Lipnik 17A   |
| telefon/ telefony                                    | 158691776  |
| Data dodania do wykazu                               | 2021-09-21   |
| Data wykreślenia z wykazu                            |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą (33)</b> |  |
| nazwa:   | ANDRZEJ SKOCZYŁAS, KRZYSZTOF WIELONDEK SPÓŁKA JAWNA  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Dwikozy/ 27-620/ ul. Spółdzielcza 9  |
| telefon/ telefony                                    | 158311424  |
| identyfikator REGON                                  | 83040651500020   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                |  |
| nazwa:   | Ośrodek Zdrowia  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Dwikozy/ 27-620/ ul. Spółdzielcza 9  |
| telefon/ telefony                                    | 158311424  |
| Data dodania do wykazu                               | 2021-09-21   |
| Data wykreślenia z wykazu                            |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą (34)</b> |  |
| nazwa:   | NZOZ CENTRUM MEDYCZNE  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Zawada/ 28-230/ ul. Zawada 24  |
| telefon/ telefony                                    | 158656395  |
| identyfikator REGON                                  | 83040880400027   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                |  |
| nazwa:   | NZOZ CM Zawada   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Zawada/ 28-230/ ul. Zawada 24  |
| telefon/ telefony                                    | 158656395  |
| Data dodania do wykazu                               | 2021-09-21   |
| Data wykreślenia z wykazu                            |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą (35)</b> |  |
| nazwa:   | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "NASZE ZDROWIE" JOLANTA FIGIEL ANDRZEJ HOŁODY SPÓŁKA JAWNA |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Zawichost/ 27-630/ ul. Rynek Duży 4A   |
| telefon/ telefony                                    | 158364709  |
| identyfikator REGON                                  | 830407495  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                |  |
| nazwa:   | Punkt Szczepień  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Zawichost/ 27-630/ ul. Rynek Duży 4A   |
| telefon/ telefony                                    | 158364709  |
| Data dodania do wykazu                               | 2021-09-21   |
| Data wykreślenia z wykazu                            |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą (36)</b> |  |
| nazwa:   | NZOZ WIEJSKI OŚRODEK ZDROWIA   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Czyżów Szlachecki/ 27-630/ 1   |
| telefon/ telefony                                    | 158355113  |
| identyfikator REGON                                  | 830407064  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                |  |
| nazwa:   | Punkt Szczepień  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Czyżów Szlachecki/ 27-630/ 1   |
| telefon/ telefony                                    | 158355113  |
| Data dodania do wykazu                               | 2021-09-21   |
| Data wykreślenia z wykazu                            |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą (37)</b> |  |
| nazwa:   | GMINNY OŚRODEK ZDROWIA W DZIAŁOSZYCACH   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Działoszyce/ 28-440/ ul. Pińczowska 18   |
| telefon/ telefony                                    | 413526009  |
| identyfikator REGON                                  | 29111891900028   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                |  |
| nazwa:   | Przychodnia Rejonowa   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Działoszyce/ 28-440/ ul. Pińczowska 18   |
| telefon/ telefony                                    | 413526009  |

|  |  |
|--|--|
| Data dodania do wykazu                               | 2021-09-21   |
| Data wykreślenia z wykazu                            |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą (38)</b> |  |
| nazwa:   | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W OŻAROWIE                            |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Ożarów/ 27-530/ ul. Spacerowa 10   |
| telefon/ telefony:                                   | 158611019  |
| identyfikator REGON                                  | 29112443000020   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                |  |
| nazwa:   | Przychodnia  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Ożarów/ 27-530/ ul. Spacerowa 10   |
| telefon/ telefony                                    | 158611019  |
| Data dodania do wykazu                               | 2021-09-21   |
| Data wykreślenia z wykazu                            |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą (39)</b> |  |
| nazwa:   | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W GNOJNIE                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Gnojno/ 28-114/ 147  |
| telefon/ telefony:                                   | 413532012  |
| identyfikator REGON                                  | 29114596800046   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                |  |
| nazwa:   | Ośrodek Zdrowia  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Gnojno/ 28-114/ 147  |
| telefon/ telefony                                    | 413532012  |
| Data dodania do wykazu                               | 2021-09-21   |
| Data wykreślenia z wykazu                            |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą (40)</b> |  |
| nazwa:   | OŚRODEK ZDROWIA STANISŁAW KOŁODZIEJ, MARZENA MALEC-CHODOREK SPÓŁKA JAWNA             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Wojciechowice/ 27-532/ 49  |
| telefon/ telefony:                                   | 158614010  |
| identyfikator REGON                                  | 29111595000025   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                |  |
| nazwa:   | Punkt Szczepień  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Wojciechowice/ 27-532/ 49  |
| telefon/ telefony                                    | 158614010  |
| Data dodania do wykazu                               | 2021-09-21   |
| Data wykreślenia z wykazu                            |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą (41)</b> |  |
| nazwa:   | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W BAĆKOWICACH                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Baćkowice/ 27-552/ 101   |
| telefon/ telefony:                                   | 158686226  |
| identyfikator REGON                                  | 29115610400020   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                |  |
| nazwa:   | Punkt Szczepień  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Baćkowice/ 27-552/ 101   |
| telefon/ telefony                                    | 158686226  |
| Data dodania do wykazu                               | 2021-09-21   |
| Data wykreślenia z wykazu                            |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą (42)</b> |  |
| nazwa:   | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ                                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Opatów/ 27-500/ ul. Słowackiego 13   |
| telefon/ telefony:                                   | 158684105  |
| identyfikator REGON                                  | 291162406  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                |  |
| nazwa:   | Gabinet szczepień  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Opatów/ 27-500/ ul. Słowackiego 13   |
| telefon/ telefony                                    | 158684105  |
| Data dodania do wykazu                               | 2021-09-21   |
| Data wykreślenia z wykazu                            |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą (43)</b> |  |
| nazwa:   | "ZDROWIE" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Opatów/ 27-500/ ul. Kopernika 36   |
| telefon/ telefony:                                   | 158682020  |
| identyfikator REGON                                  | 29118197000035   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                |  |
| nazwa:   | Gabinet Szczepień  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Opatów/ 27-500/ ul. Kopernika 36   |
| telefon/ telefony                                    | 158682020  |
| Data dodania do wykazu                               | 2021-09-21   |
| Data wykreślenia z wykazu                            |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą (44)</b> |  |
| nazwa:   | MARCZEWSKI SŁAWOMIR NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PRYWATNA PRAKTYKA LEKARSKA |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Końskie/ 26-200/ ul. Armii Krajowej 2  |
| telefon/ telefony:                                   | 413729860  |
| identyfikator REGON                                  | 291073200  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                |  |
| nazwa:   | Punkt Szczepień Powszechnych - NZOZ Rodzina  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Końskie/ 26-200/ ul. Armii Krajowej 2  |
| telefon/ telefony                                    | 413729860  |
| Data dodania do wykazu                               | 2021-09-21   |
| Data wykreślenia z wykazu                            |  |

|  |  |
|--|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą (45)</b> |  |
| nazwa:   | PRZYCHODNIA ESKULAP SP.ZO.O.   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Solec-Zdrój/ 28-131/ ul. 1-Maja 14 A   |
| telefon/ telefony:                                   | 413776010  |
| identyfikator REGON                                  | 26057680400025   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                |  |
| nazwa:   | Punkt szczepień typu C   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Solec-Zdrój/ 28-131/ ul. 1-Maja 14 A   |
| telefon/ telefony                                    | 413776010  |
| Data dodania do wykazu                               | 2021-09-21   |
| Data wykreślenia z wykazu                            |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą (46)</b> |  |
| nazwa:   | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "PACIENT" S.C.<br>AGNIESZKA BIEL-ŻAK, TOMASZ ŻAK |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Ćmielów/ 27-440/ ul. Ostrowiecka 38  |
| telefon/ telefony:                                   | 158612023  |
| identyfikator REGON                                  | 29246357000020   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                |  |
| nazwa:   | Punkt Szczepień  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Ćmielów/ 27-440/ ul. Ostrowiecka 38  |
| telefon/ telefony                                    | 158612023  |
| Data dodania do wykazu                               | 2021-09-21   |
| Data wykreślenia z wykazu                            |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą (47)</b> |  |
| nazwa:   | OLP PROMED   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Ostrowiec Świętokrzyski/ 27-400/ ul. Kilińskiego 9                                     |
| telefon/ telefony:                                   | 412652070  |
| identyfikator REGON                                  | 29267939900020   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                |  |
| nazwa:   | Punkt Szczepień  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Ostrowiec Świętokrzyski/ 27-400/ ul. Kilińskiego 9                                     |
| telefon/ telefony                                    | 412652070  |
| Data dodania do wykazu                               | 2021-09-21   |
| Data wykreślenia z wykazu                            |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą (48)</b> |  |
| nazwa:   | MEDYK B.NICIEJA E.NICIEJA SP.J.  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Ostrowiec Świętokrzyski/ 27-400/ ul. al. Jana Pawła II 7a                              |
| telefon/ telefony:                                   | 412620200  |
| identyfikator REGON                                  | 29121497100022   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                |  |
| nazwa:   | Przychodnia MEDYK  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Ostrowiec Świętokrzyski/ 27-400/ ul. al. Jana Pawła II 7a                              |
| telefon/ telefony                                    | 412620200  |
| Data dodania do wykazu                               | 2021-09-21   |
| Data wykreślenia z wykazu                            |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą (49)</b> |  |
| nazwa:   | PROMED SP. ZO.O.   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Kielce/ 25-711/ ul. Karczówkowska 36   |
| telefon/ telefony:                                   | 504361893  |
| identyfikator REGON                                  | 29281967600026   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                |  |
| nazwa:   | Punkt Szczepień  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Kielce/ 25-711/ ul. Karczówkowska 36   |
| telefon/ telefony                                    | 504361893  |
| Data dodania do wykazu                               | 2021-09-21   |
| Data wykreślenia z wykazu                            |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą (50)</b> |  |
| nazwa:   | DALMED SP. Z O.O.  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Kielce/ 25-343/ ul. Mazurska 61  |
| telefon/ telefony:                                   | 413428530  |
| identyfikator REGON                                  | 292819720  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                |  |
| nazwa:   | Przychodnia Mazurska   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Kielce/ 25-343/ ul. Mazurska 61  |
| telefon/ telefony                                    | 413428530  |
| Data dodania do wykazu                               | 2021-09-21   |
| Data wykreślenia z wykazu                            |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą (51)</b> |  |
| nazwa:   | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "TRANSMED" MARCIN STRÓŻYK                        |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Kielce/ 25-528/ ul. Zagnańska 27   |
| telefon/ telefony:                                   | 798791295  |
| identyfikator REGON                                  | 29286326900025   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                |  |
| nazwa:   | Punkt Szczepień  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Kielce/ 25-528/ ul. Zagnańska 27   |
| telefon/ telefony                                    | 798791295  |
| Data dodania do wykazu                               | 2021-09-21   |
| Data wykreślenia z wykazu                            |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą (52)</b> |  |
| nazwa:   | NZOZ BILCZA B. DOMAGAŁA  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Bilcza/ 26-026/ ul. Ks Ściegiennego 7a   |
| telefon/ telefony:                                   | 413117704, 534416009   |
| identyfikator REGON                                  | 291014730  |

|  |   |
|--|---|
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                |   |
| nazwa:   | Nzoz Bilcza   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Bilcza/ 26-026/ ul. Ks Ściegiennego 7a  |
| telefon/ telefony                                    | 413117704, 534416009  |
| Data dodania do wykazu                               | 2021-09-21  |
| Data wykreślenia z wykazu                            |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą (53)</b> |   |
| nazwa:   | 21 WOJSKOWY SZPITAL UZDROWISKOWO-REHABILITACYJNY SP ZOZ   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Busko-Zdrój/ 28-100/ ul. Rzewuskiego 8  |
| telefon/ telefony:                                   | 413780334   |
| identyfikator REGON                                  | 290524853   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                |   |
| nazwa:   | Punkt szczepień przy POZ  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Busko-Zdrój/ 28-100/ ul. Rzewuskiego 8  |
| telefon/ telefony                                    | 413780334   |
| Data dodania do wykazu                               | 2021-09-21  |
| Data wykreślenia z wykazu                            |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą (54)</b> |   |
| nazwa:   | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MORAWICA  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Morawica/ 26-026/ ul. Kielecka 36   |
| telefon/ telefony:                                   | 41 31-14-591  |
| identyfikator REGON                                  | 29104281400020  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                |   |
| nazwa:   | Morawica  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Morawica/ 26-026/ ul. Kielecka 36   |
| telefon/ telefony                                    | 41 31-14-591  |
| Data dodania do wykazu                               | 2021-09-21  |
| Data wykreślenia z wykazu                            |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą (55)</b> |   |
| nazwa:   | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "MEDICUS" J. GRZEŚKIEWICZ, Z. WOŁCERZ, S. KORALEWICZ SPÓŁKA JAWNA |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Iwaniska/ 27-570/ ul. Kolejowa 1A   |
| telefon/ telefony:                                   | 158601225   |
| identyfikator REGON                                  | 260039319   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                |   |
| nazwa:   | Ośrodek Zdrowia   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Iwaniska/ 27-570/ ul. Kolejowa 1A   |
| telefon/ telefony                                    | 158601225   |
| Data dodania do wykazu                               | 2021-09-21  |
| Data wykreślenia z wykazu                            |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą (56)</b> |   |
| nazwa:   | NZOZ PROMYK SP ZO.O.  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Suchedniów/ 26-130/ ul. E.Peck 9a   |
| telefon/ telefony:                                   | 412543028   |
| identyfikator REGON                                  | 260048583   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                |   |
| nazwa:   | NZOZ PROMYK   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Suchedniów/ 26-130/ ul. E.Peck 9a   |
| telefon/ telefony                                    | 412543028   |
| Data dodania do wykazu                               | 2021-09-21  |
| Data wykreślenia z wykazu                            |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą (57)</b> |   |
| nazwa:   | OSTROWIECKIE CENTRUM MEDYCZNE S.C. ANNA OLECH-CUDZIK, KRZYSZTOF CUDZIK                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Ostrowiec Świętokrzyski/ 27-400/ ul. Iłżecka 31a  |
| telefon/ telefony:                                   | 412630400 wew53   |
| identyfikator REGON                                  | 26050982500020  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                |   |
| nazwa:   | Ostrowieckie Centrum Medyczne s.c Anna Olech-Cudzik, Krzysztof Cudzik Poradnia Gruźlicy i Chorób Płuc   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Ostrowiec Świętokrzyski/ 27-400/ ul. Iłżecka 31a  |
| telefon/ telefony                                    | 412630400 wew53   |
| Data dodania do wykazu                               | 2021-09-21  |
| Data wykreślenia z wykazu                            |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą (58)</b> |   |
| nazwa:   | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "PANACEUM" SPÓŁKA JAWNA MAREK MACIUKAJĆ                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Styków/ 27-230/ ul. Nadrzeczna 1  |
| telefon/ telefony:                                   | 412716388   |
| identyfikator REGON                                  | 26014833300024  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                |   |
| nazwa:   | Ośrodek Zdrowia   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Styków/ 27-230/ ul. Nadrzeczna 1  |
| telefon/ telefony                                    | 412716388   |
| Data dodania do wykazu                               | 2021-09-21  |
| Data wykreślenia z wykazu                            |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą (59)</b> |   |
| nazwa:   | NZOZ NOVOMED DARIUSZ MŁODAWSKI  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Włoszczowa/ 29-100/ ul. Jaworskiego 24  |
| telefon/ telefony:                                   | 412424765   |
| identyfikator REGON                                  | 290777198   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                |   |
| nazwa:   | NZOZ NOVOMED  |



|  |  |
|--|--|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Włoszczowa/ 29-100/ ul. Jaworskiego 24   |
| telefon/ telefony                                    | 412424765  |
| Data dodania do wykazu                               | 2021-09-21   |
| Data wykreślenia z wykazu                            |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą (60)</b> |  |
| nazwa:   | CENTRUM MEDYCZNE AUXILIUM W BOGORII  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Bogoria/ 28-210/ ul. Spacerowa 9   |
| telefon/ telefony:                                   | 158674036  |
| identyfikator REGON                                  | 2601967400020  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                |  |
| nazwa:   | Punkt Szczepień  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Bogoria/ 28-210/ ul. Spacerowa 9   |
| telefon/ telefony                                    | 158674036  |
| Data dodania do wykazu                               | 2021-09-21   |
| Data wykreślenia z wykazu                            |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą (61)</b> |  |
| nazwa:   | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ SKALBMED W SKALBMIERZU                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Skalbmierz/ 28-530/ ul. Pl. Marii Skłodowskiej - Curie 18                              |
| telefon/ telefony:                                   | 511337279  |
| identyfikator REGON                                  | 26021637100047   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                |  |
| nazwa:   | Przychodnia  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Skalbmierz/ 28-530/ ul. Pl. Marii Skłodowskiej - Curie 18                              |
| telefon/ telefony                                    | 511337279  |
| Data dodania do wykazu                               | 2021-09-21   |
| Data wykreślenia z wykazu                            |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą (62)</b> |  |
| nazwa:   | PRZYCHODNIA RODZINNA KATARZYNA CZERWIK HALINA DUNAL                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Sędziszów/ 28-340 / ul. Dworcowa 23  |
| telefon/ telefony:                                   | 785467411  |
| identyfikator REGON                                  | 26022791400029   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                |  |
| nazwa:   | Punkt Szczepień  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Sędziszów/ 28-340 / ul. Dworcowa 23  |
| telefon/ telefony                                    | 785467411  |
| Data dodania do wykazu                               | 2021-09-21   |
| Data wykreślenia z wykazu                            |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą (63)</b> |  |
| nazwa:   | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ EURO-MED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Słupia/ 28-350/ 2A   |
| telefon/ telefony:                                   | 413816056  |
| identyfikator REGON                                  | 38485119200018   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                |  |
| nazwa:   | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ EURO-MED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Słupia/ 28-350/ 2A   |
| telefon/ telefony                                    | 413816056  |
| Data dodania do wykazu                               | 2021-09-21   |
| Data wykreślenia z wykazu                            |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą (64)</b> |  |
| nazwa:   | WIELMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Łągowo/ 26-025/ ul. Słupska 3  |
| telefon/ telefony:                                   | 413074026  |
| identyfikator REGON                                  | 26037740100022   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                |  |
| nazwa:   | Ośrodek Zdrowia  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Łągowo/ 26-025/ ul. Słupska 3  |
| telefon/ telefony                                    | 413074026  |
| Data dodania do wykazu                               | 2021-09-21   |
| Data wykreślenia z wykazu                            |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą (65)</b> |  |
| nazwa:   | OMEGA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Ostrowiec Świętokrzyski/ 27-400/ ul. Śliska 16/1U/3U                                   |
| telefon/ telefony:                                   | 412665756  |
| identyfikator REGON                                  | 26044280200027   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                |  |
| nazwa:   | Przychodnia  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Ostrowiec Świętokrzyski/ 27-400/ ul. Śliska 16/1U/3U                                   |
| telefon/ telefony                                    | 412665756  |
| Data dodania do wykazu                               | 2021-09-21   |
| Data wykreślenia z wykazu                            |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą (66)</b> |  |
| nazwa:   | GRAŻYNA WOŹNIAK PRZYCHODNIA RODZINNA "RASZÓWKA"  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Mniów/ 26080/ ul. Kielecka 77  |
| telefon/ telefony:                                   | 413737073  |
| identyfikator REGON                                  | 290750236  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                |  |
| nazwa:   | Przychodnia Raszkówka  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Mniów/ 26080/ ul. Kielecka 77  |
| telefon/ telefony                                    | 413737073  |
| Data dodania do wykazu                               | 2021-09-21   |

|  |   |
|--|---|
| <b>Data wykreślenia z wykazu</b>                     |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą (67)</b> |   |
| nazwa:   | PRZYCHODNIA "RODZINNA" ELŻBIETA KANIEWSKA-KILARSKA                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Jurkowiec/ 28-210/ 80   |
| telefon/ telefony:                                   | 158675328   |
| identyfikator REGON                                  | 26055459900021  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                |   |
| nazwa:   | Punkt Szczepień   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Jurkowiec/ 28-210/ 80   |
| telefon/ telefony                                    | 158675328   |
| Data dodania do wykazu                               | 2021-09-21  |
| <b>Data wykreślenia z wykazu</b>                     |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą (68)</b> |   |
| nazwa:   | PRAKTYKA LEKARSKA I PIELEGNIARSKA W OŚRODKU ZDROWIA STANISŁAW ZIOŁO |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Sadowie/ 27-580/ 93   |
| telefon/ telefony:                                   | 158692428   |
| identyfikator REGON                                  | 830519403   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                |   |
| nazwa:   | Punkt szczepień PliP Sadowie  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Sadowie/ 27-580/ 93   |
| telefon/ telefony                                    | 158692428   |
| Data dodania do wykazu                               | 2021-09-21  |
| <b>Data wykreślenia z wykazu</b>                     |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą (69)</b> |   |
| nazwa:   | MIG-MED SP. Z O.O.  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Łonów/ 27-670/ ul. Świniary Stare 29                                |
| telefon/ telefony:                                   | 158669139   |
| identyfikator REGON                                  | 26061094900025  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                |   |
| nazwa:   | Gabinet Pielęgniarki Środowiskowej - Rodzinnej                      |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Łonów/ 27-670/ ul. Świniary Stare 29                                |
| telefon/ telefony                                    | 158669139   |
| Data dodania do wykazu                               | 2021-09-21  |
| <b>Data wykreślenia z wykazu</b>                     |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą (70)</b> |   |
| nazwa:   | PRZYCHODNIA "MEDYK PLUS"  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Ostrowiec Świętokrzyski/ 27-400/ ul. os. Rosochy 47/3               |
| telefon/ telefony:                                   | 412630440   |
| identyfikator REGON                                  | 26018180400026  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                |   |
| nazwa:   | MEDYK PLUS  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Ostrowiec Świętokrzyski/ 27-400/ ul. os. Rosochy 47/3               |
| telefon/ telefony                                    | 412630440   |
| Data dodania do wykazu                               | 2021-09-21  |
| <b>Data wykreślenia z wykazu</b>                     |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą (71)</b> |   |
| nazwa:   | "ZDROWIE" STADRYNIAK I WSPÓLNICY SPÓŁKA JAWNA                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Ostrowiec Świętokrzyski/ 27-400/ ul. Grabowiecka 3 D,E              |
| telefon/ telefony:                                   | 412477612   |
| identyfikator REGON                                  | 29121961000030  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                |   |
| nazwa:   | PRZYCHODNIA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Ostrowiec Świętokrzyski/ 27-400/ ul. Grabowiecka 3 D,E              |
| telefon/ telefony                                    | 412477612   |
| Data dodania do wykazu                               | 2021-09-21  |
| <b>Data wykreślenia z wykazu</b>                     |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą (72)</b> |   |
| nazwa:   | RODZINA P. STRĄCZYŃSKI SP.J.  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Kielce/ 25-437/ ul. Os.Na Stoku 63a                                 |
| telefon/ telefony:                                   | 413327172, 413327173, 413720872                                     |
| identyfikator REGON                                  | 26070020400027  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                |   |
| nazwa:   | Przychodnia Lekarza Rodzinnego                                      |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Kielce/ 25-437/ ul. Os.Na Stoku 63a                                 |
| telefon/ telefony                                    | 413327172, 413327173, 413720872                                     |
| Data dodania do wykazu                               | 2021-09-21  |
| <b>Data wykreślenia z wykazu</b>                     |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą (73)</b> |   |
| nazwa:   | PRZYCHODNIA ASMEDICA SP. Z O.O.                                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Miedziana Góra/ 26-085/ ul. Urzędnicza 11A                          |
| telefon/ telefony:                                   | 413000104, 789195000  |
| identyfikator REGON                                  | 260712199   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                |   |
| nazwa:   | Przychodnia Asmedica Sp. z o.o                                      |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Miedziana Góra/ 26-085/ ul. Urzędnicza 11A                          |
| telefon/ telefony                                    | 413000104, 789195000  |
| Data dodania do wykazu                               | 2021-09-21  |
| <b>Data wykreślenia z wykazu</b>                     |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą (74)</b> |   |
| nazwa:   | PZU ZDROWIE S.A. ODDZIAŁ C/M ARTIMED                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Kielce/ 25-017/ ul. Paderewskiego 4B                                |
| telefon/ telefony:                                   | (41)3671700   |

|  |   |
|--|---|
| identyfikator REGON                                  | 14334316600113  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                |   |
| nazwa:   | Poradnia (gabinet) lekarza podstawowej opieki zdrowotnej  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Kielce/ 25-017/ ul. Paderewskiego 4B  |
| telefon/ telefony                                    | (41)3671700   |
| Data dodania do wykazu                               | 2021-09-21  |
| Data wykreślenia z wykazu                            |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą (75)</b> |   |
| nazwa:   | NORTH MEDICAL HOLDING SP. Z O.O. NASZA GRUPA MEDYCZNA SP. K.  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Kielce/ 25-003/ ul. Wspólna 1lok U6   |
| telefon/ telefony:                                   | 508777223   |
| identyfikator REGON                                  | 38299269800067  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                |   |
| nazwa:   | Punkt Szczepień   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Kielce/ 25-003/ ul. Wspólna 1lok U6   |
| telefon/ telefony                                    | 508777223   |
| Data dodania do wykazu                               | 2021-09-21  |
| Data wykreślenia z wykazu                            |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą (76)</b> |   |
| nazwa:   | MAXMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ SPÓŁKA KOMANDYTOWA   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Kazimierza Wielka/ 28-500/ ul. Kolejowa 27 F  |
| telefon/ telefony:                                   | 413522323   |
| identyfikator REGON                                  | 36326120000017  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                |   |
| nazwa:   | Punkt Szczepień   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Kazimierza Wielka/ 28-500/ ul. Kolejowa 27 F  |
| telefon/ telefony                                    | 413522323   |
| Data dodania do wykazu                               | 2021-09-21  |
| Data wykreślenia z wykazu                            |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą (77)</b> |   |
| nazwa:   | MARLLA-MED CENTRUM ZDROWIA I REHABILITACJI MARIOLA KONIECZNA  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Czermno/ 26-260 / ul. Osnowa 99A  |
| telefon/ telefony:                                   | 785303040   |
| identyfikator REGON                                  | 260715772   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                |   |
| nazwa:   | Marlla-med Centrum Zdrowia i Rehabilitacji Mariola Konieczna  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Czermno/ 26-260 / ul. Osnowa 99A  |
| telefon/ telefony                                    | 785303040   |
| Data dodania do wykazu                               | 2021-09-21  |
| Data wykreślenia z wykazu                            |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą (78)</b> |   |
| nazwa:   | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PRZYCHODNIA LEKARSKA MULTIMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Oksa/ 28-363/ ul. Strażacka 7   |
| telefon/ telefony:                                   | 413808024   |
| identyfikator REGON                                  | 36807055000019  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                |   |
| nazwa:   | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PRZYCHODNIA LEKARSKA MULTIMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Oksa/ 28-363/ ul. Strażacka 7   |
| telefon/ telefony                                    | 413808024   |
| Data dodania do wykazu                               | 2021-09-21  |
| Data wykreślenia z wykazu                            |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą (79)</b> |   |
| nazwa:   | PRZYCHODNIA RODZINNA „BARWINEK”   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Kielce/ 25-112/ ul. Starowapiennikowa 42A/U3  |
| telefon/ telefony:                                   | 515163162   |
| identyfikator REGON                                  | 36898145800015  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                |   |
| nazwa:   | PRZYCHODNIA RODZINNA „BARWINEK”   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Kielce/ 25-112/ ul. Starowapiennikowa 42A/U3  |
| telefon/ telefony                                    | 515163162   |
| Data dodania do wykazu                               | 2021-09-21  |
| Data wykreślenia z wykazu                            |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą (80)</b> |   |
| nazwa:   | SZPITAL SPECJALISTYCZNY ARTMEDIK SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Jędrzejów/ 28-300/ ul. Małogoska 25   |
| telefon/ telefony:                                   | 500776366   |
| identyfikator REGON                                  | 38317061000034  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                |   |
| nazwa:   | SZPITAL SPECJALISTYCZNY ARTMEDIK SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Jędrzejów/ 28-300/ ul. Małogoska 25   |
| telefon/ telefony                                    | 500776366   |
| Data dodania do wykazu                               | 2021-09-21  |
| Data wykreślenia z wykazu                            |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą (81)</b> |   |
| nazwa:   | ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W BUSKU-ZDROJU   |

|  |   |
|--|---|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Busko-Zdrój/ 28-100/ ul. Bohaterów Warszawy 67          |
| telefon/ telefony:                                   | 732522999   |
| identyfikator REGON                                  | 00031146700034  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                |   |
| nazwa:   | Podstawowa Opieka Zdrowotna                             |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Busko-Zdrój/ 28-100/ ul. Bohaterów Warszawy 67          |
| telefon/ telefony                                    | 732522999   |
| Data dodania do wykazu                               | 2021-09-21  |
| Data wykreślenia z wykazu                            |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą (82)</b> |   |
| nazwa:   | CORTEN MEDIC TOMASZ SIKORA                              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Kielce/ 25-035/ ul. Al. Legionów 3/7                    |
| telefon/ telefony:                                   | 226020997   |
| identyfikator REGON                                  | 015053128   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                |   |
| nazwa:   | Punkt Szczepień   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Kielce/ 25-035/ ul. Al. Legionów 3/7                    |
| telefon/ telefony                                    | 226020997   |
| Data dodania do wykazu                               | 2021-09-21  |
| Data wykreślenia z wykazu                            |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>                |   |
| nazwa:   | Punkt Szczepień   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Kielce/ 25-528/ ul. Zagnańska 84B                       |
| telefon/ telefony                                    | 226020997   |
| Data dodania do wykazu                               | 2021-09-21  |
| Data wykreślenia z wykazu                            |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>                |   |
| nazwa:   | Punkt Szczepień   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Staszów/ 28-200/ ul. Parkowa 10                         |
| telefon/ telefony                                    | 226020997   |
| Data dodania do wykazu                               | 2021-09-21  |
| Data wykreślenia z wykazu                            |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą (83)</b> |   |
| nazwa:   | SAMORZĄDOWY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W NOWYM KORCZYŃCIE |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Nowy Korczyn/ 28-136/ ul. Zaścianek 2                   |
| telefon/ telefony:                                   | 413771081   |
| identyfikator REGON                                  | 29042028900030  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                |   |
| nazwa:   | Ośrodek Zdrowia Nowy Korczyn                            |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Nowy Korczyn/ 28-136/ ul. Zaścianek 2                   |
| telefon/ telefony                                    | 413771081   |
| Data dodania do wykazu                               | 2021-09-21  |
| Data wykreślenia z wykazu                            |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>                |   |
| nazwa:   | Ośrodek Zdrowia Brzostków                               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Brzostków/ 28-136/ 133                                  |
| telefon/ telefony                                    | 413771298   |
| Data dodania do wykazu                               | 2021-09-21  |
| Data wykreślenia z wykazu                            |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą (84)</b> |   |
| nazwa:   | ZESPÓŁ OŚRODKÓW ZDROWIA W GÓRNICIE                      |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Górno/ 26-008/ 80B                                      |
| telefon/ telefony:                                   | 413023093   |
| identyfikator REGON                                  | 29041706300044  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                |   |
| nazwa:   | Ośrodek Zdrowia   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Górno/ 26-008/80B                                       |
| telefon/ telefony                                    | 413023093   |
| Data dodania do wykazu                               | 2021-09-21  |
| Data wykreślenia z wykazu                            |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>                |   |
| nazwa:   | Ośrodek Zdrowia   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Radlin/ 26-008/ 85                                      |
| telefon/ telefony                                    | 413021036   |
| Data dodania do wykazu                               | 2021-09-21  |
| Data wykreślenia z wykazu                            |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą (85)</b> |   |
| nazwa:   | SAMORZĄDOWY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W PIŃCZOWIE        |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Pińczów/ 28-400/ ul. Klasztorna 6                       |
| telefon/ telefony:                                   | 511072896   |
| identyfikator REGON                                  | 290403871   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                |   |
| nazwa:   | PRZYCHODNIA REJONOWA NR 1                               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Pińczów/ 28-400/ ul. Klasztorna 6                       |
| telefon/ telefony                                    | 511072896   |
| Data dodania do wykazu                               | 2021-09-21  |
| Data wykreślenia z wykazu                            |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>                |   |
| nazwa:   | PRZYCHODNIA REJONOWA NR 2                               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Pińczów/ 28-400/ ul. 7 Żródeł 8                         |
| telefon/ telefony                                    | 511072896   |
| Data dodania do wykazu                               | 2021-09-21  |
| Data wykreślenia z wykazu                            |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>                |   |
| nazwa:   | Poradnia lekarza poz                                    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Gacki-Osiedle/ 28-400/ ul. Gacki-Osiedle 2A             |
| telefon/ telefony                                    | 511072896   |
| Data dodania do wykazu                               | 2021-09-21  |

|  |  |
|--|--|
| <b>Data wykreślenia z wykazu</b>                     |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą (86)</b> |  |
| nazwa:   | SAMORZĄDOWY ZAKŁAD PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ W CHĘCINACH                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Chęciny/ 26-060/ ul. Os. Północ 10   |
| telefon/ telefony:                                   | 660937635  |
| identyfikator REGON                                  | 29068486400038   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                |  |
| nazwa:   | Przychodnia Rejonowa   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Chęciny/ 26-060/ ul. Os. Północ 10   |
| telefon/ telefony                                    | 660937635  |
| Data dodania do wykazu                               | 2021-09-21   |
| <b>Data wykreślenia z wykazu</b>                     |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>                |  |
| nazwa:   | Punkt Szczepień  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Wolica/ 26-060/ ul. Szkolna 29   |
| telefon/ telefony                                    | 724359233  |
| Data dodania do wykazu                               | 2021-09-21   |
| <b>Data wykreślenia z wykazu</b>                     |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą (87)</b> |  |
| nazwa:   | GMINNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W SOBKOWIE                                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Sobków/ 28-305/ ul. Źródłowa 3   |
| telefon/ telefony:                                   | 413871006  |
| identyfikator REGON                                  | 29048395300046   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                |  |
| nazwa:   | Ośrodek Zdrowia w Sobkowie   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Sobków/ 28-305/ ul. Źródłowa 3   |
| telefon/ telefony                                    | 413871006  |
| Data dodania do wykazu                               | 2021-09-21   |
| <b>Data wykreślenia z wykazu</b>                     |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>                |  |
| nazwa:   | Ośrodek Zdrowia w Miąsowej   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Miåsowa/ 28-305/ 13  |
| telefon/ telefony                                    | 413873026  |
| Data dodania do wykazu                               | 2021-09-21   |
| <b>Data wykreślenia z wykazu</b>                     |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą (88)</b> |  |
| nazwa:   | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ - OŚRODEK ZDROWIA WILCZYCE STANISŁAW RADOŃ |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Wilczyce/ 27-612/ 173  |
| telefon/ telefony:                                   | 158377212  |
| identyfikator REGON                                  | 83040578600036   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                |  |
| nazwa:   | Ośrodek Zdrowia  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Wilczyce/ 27-612/ 173  |
| telefon/ telefony                                    | 158377212  |
| Data dodania do wykazu                               | 2021-09-21   |
| <b>Data wykreślenia z wykazu</b>                     |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>                |  |
| nazwa:   | Ośrodek Zdrowia Skotniki   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Skotniki/ 27-650/ 126  |
| telefon/ telefony                                    | 158310079  |
| Data dodania do wykazu                               | 2021-09-21   |
| <b>Data wykreślenia z wykazu</b>                     |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą (89)</b> |  |
| nazwa:   | WOJCIECH DZIURZYŃSKI NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "MEDYK" W OPATOWIE    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Opatów/ 27-500/ ul. Szeroka 8  |
| telefon/ telefony:                                   | 158683999  |
| identyfikator REGON                                  | 83035727700046   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                |  |
| nazwa:   | Poradnia Lekarza POZ   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Opatów/ 27-500/ ul. Szeroka 8  |
| telefon/ telefony                                    | 158683999  |
| Data dodania do wykazu                               | 2021-09-21   |
| <b>Data wykreślenia z wykazu</b>                     |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>                |  |
| nazwa:   | Poradnia Lekarza POZ   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Włostów/ 27-545/ 48  |
| telefon/ telefony                                    | 158691225  |
| Data dodania do wykazu                               | 2021-09-21   |
| <b>Data wykreślenia z wykazu</b>                     |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą (90)</b> |  |
| nazwa:   | RODZINA SP. Z O.O.   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Ostrowiec Świętokrzyski/ 27-400/ ul. Osiedle Słoneczce 43                        |
| telefon/ telefony:                                   | 512037870  |
| identyfikator REGON                                  | 29265026600032   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                |  |
| nazwa:   | Punkt Szczepień Słoneczne  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Ostrowiec Świętokrzyski/ 27-400/ ul. Osiedle Słoneczce 43                        |
| telefon/ telefony                                    | 512037870  |
| Data dodania do wykazu                               | 2021-09-21   |
| <b>Data wykreślenia z wykazu</b>                     |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>                |  |
| nazwa:   | Punkt Szczepień Słoneczne  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Ostrowiec Świętokrzyski/ 27-400/ ul. Osiedle Ogrody 29                           |
| telefon/ telefony                                    | 512037872  |
| Data dodania do wykazu                               | 2021-09-21   |

|  |   |
|--|---|
| Data wykreślenia z wykazu                            |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą (91)</b> |   |
| nazwa:   | NZOZ ZDROWIE JACEK ŚWIERZ   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Chlewice/ 29-130/ ul. 16 stycznia 33b   |
| telefon/ telefony:                                   | 343542020   |
| identyfikator REGON                                  | 15207793800026  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                |   |
| nazwa:   | Punkt szczepień w Chlewicach  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Chlewice/ 29-130/ ul. 16 stycznia 33b   |
| telefon/ telefony                                    | 343542020   |
| Data dodania do wykazu                               | 2021-09-21  |
| Data wykreślenia z wykazu                            |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>                |   |
| nazwa:   | Punkt szczepień w Radkowie  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Radków/ 29-135/ 99  |
| telefon/ telefony                                    | 343541017   |
| Data dodania do wykazu                               | 2021-09-21  |
| Data wykreślenia z wykazu                            |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą (92)</b> |   |
| nazwa:   | CENTRUM   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Kielce/ 25-364/ ul. Wojska Polskiego 5  |
| telefon/ telefony:                                   | 41/3612974  |
| identyfikator REGON                                  | 29281626400022  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                |   |
| nazwa:   | Punkt Szczepień nr 2  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Kielce/ 25-364/ ul. Wojska Polskiego 5  |
| telefon/ telefony                                    | 41/3612974  |
| Data dodania do wykazu                               | 2021-09-21  |
| Data wykreślenia z wykazu                            |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>                |   |
| nazwa:   | Punkt Szczepień nr 6  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Daleszyce/ 26-021/ ul. Pl. Staszica 22  |
| telefon/ telefony                                    | 41/3171253  |
| Data dodania do wykazu                               | 2021-09-21  |
| Data wykreślenia z wykazu                            |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą (93)</b> |   |
| nazwa:   | NIEPUBLICZNY SPECJALISTYCZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ GOMED-OSTROWIEC SPÓŁKA Z O.O. SP.J. |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Ostrowiec Świętokrzyski/ 27-400/ ul. Polna 9F   |
| telefon/ telefony:                                   | 412641390   |
| identyfikator REGON                                  | 292831128   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                |   |
| nazwa:   | Punkt Szczepień   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Bałtów/ 27-423/ ul. Bałtów 32   |
| telefon/ telefony                                    | 412641390   |
| Data dodania do wykazu                               | 2021-09-21  |
| Data wykreślenia z wykazu                            |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>                |   |
| nazwa:   | Punkt Szczepień   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Ostrowiec Świętokrzyski/ 27-400/ ul. Polna 9F   |
| telefon/ telefony                                    | 412631188   |
| Data dodania do wykazu                               | 2021-09-21  |
| Data wykreślenia z wykazu                            |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>                |   |
| nazwa:   | Punkt szczepień   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Ostrowiec Świętokrzyski/ 27-400/ ul. Rynek Denkowski 10a                                  |
| telefon/ telefony                                    | 412470300   |
| Data dodania do wykazu                               | 2021-09-30  |
| Data wykreślenia z wykazu                            |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą (94)</b> |   |
| nazwa:   | STOWARZYSZENIE ESKULAP  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Starachowice/ 27-200/ ul. Murarska 14   |
| telefon/ telefony:                                   | 412745770   |
| identyfikator REGON                                  | 29282543500024  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                |   |
| nazwa:   | Przychodnia Nr 2  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Starachowice/ 27-200/ ul. Murarska 14   |
| telefon/ telefony                                    | 412745770   |
| Data dodania do wykazu                               | 2021-09-21  |
| Data wykreślenia z wykazu                            |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>                |   |
| nazwa:   | Przychodnia Nr 1  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Starachowice/ 27-200/ ul. Kilińskiego 24  |
| telefon/ telefony                                    | 412748548   |
| Data dodania do wykazu                               | 2021-09-21  |
| Data wykreślenia z wykazu                            |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą (95)</b> |   |
| nazwa:   | CENTRUM MEDYCZNE ZDROWIE SP. Z O.O. SP.K  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Kielce/ 25-312/ ul. Warszawska 30   |
| telefon/ telefony:                                   | 412010101   |
| identyfikator REGON                                  | 260214923   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                |   |
| nazwa:   | Filia Przychodnia   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu    | Kielce/ 25-312/ ul. Warszawska 30   |
| telefon/ telefony                                    | 412010101   |
| Data dodania do wykazu                               | 2021-09-21  |
| Data wykreślenia z wykazu                            |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>                |   |

|   |  |
|---|--|
| nazwa:  | Punkt szczepień powszechnych - Centrum Medyczne Zdrowie  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Kielce/ 25-713/ ul. Karczówkowska 45   |
| telefon/ telefony                                     | 412010101  |
| Data dodania do wykazu                                | 2021-09-21   |
| Data wykreślenia z wykazu                             |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>                 |  |
| nazwa:  | Filia Przychodnia  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Masłów Pierwszy/ 26-001/ ul. Jana Pawła II 3   |
| telefon/ telefony                                     | 412010101  |
| Data dodania do wykazu                                | 2021-09-21   |
| Data wykreślenia z wykazu                             |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą (96)</b>  |  |
| nazwa:  | ESKULAP-MED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Bodzechów/ 27-420/ ul. Szkolna 7   |
| telefon/ telefony:                                    | 412653856  |
| identyfikator REGON                                   | 26048649000028   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                 |  |
| nazwa:  | Przychodnia "Eskulap-Med"  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Bodzechów/ 27-420/ ul. Szkolna 7   |
| telefon/ telefony                                     | 412653856  |
| Data dodania do wykazu                                | 2021-09-21   |
| Data wykreślenia z wykazu                             |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>                 |  |
| nazwa:  | Poradnia POZ   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Szewna/ 27-400/ ul. Księdza Marcina Popiela 5  |
| telefon/ telefony                                     | 412651951  |
| Data dodania do wykazu                                | 2021-09-21   |
| Data wykreślenia z wykazu                             |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>                 |  |
| nazwa:  | Poradnia Lekarza POZ   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Sarnówek Duży/ 27-400/ 11  |
| telefon/ telefony                                     | 412621259  |
| Data dodania do wykazu                                | 2021-09-21   |
| Data wykreślenia z wykazu                             |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą (97)</b>  |  |
| nazwa:  | PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W FAŁKOWIE  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Fałków/ 26260/ ul. Zamkowa 24  |
| telefon/ telefony:                                    | 447873513  |
| identyfikator REGON                                   | 29109118400027   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                 |  |
| nazwa:  | PZOZ   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Fałków/ 26260/ ul. Zamkowa 24  |
| telefon/ telefony                                     | 447873513  |
| Data dodania do wykazu                                | 2021-09-21   |
| Data wykreślenia z wykazu                             |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą (98)</b>  |  |
| nazwa:  | NZOZ CM ROKITEK  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | SANDOMIERZ/ 27-600/ ul. ROKITEK 41A  |
| telefon/ telefony:                                    | 506567297  |
| identyfikator REGON                                   | 29102275700039   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                 |  |
| nazwa:  | NZOZ CM ROKITEK  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | SANDOMIERZ/ 27-600/ ul. ROKITEK 41A  |
| telefon/ telefony                                     | 506567297  |
| Data dodania do wykazu                                | 2021-09-21   |
| Data wykreślenia z wykazu                             |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą (99)</b>  |  |
| nazwa:  | NZOZ NASZA PRZYCHODNIA ELŻBIETA BESKA-MRÓZ   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Zagnańsk/ 26-050/ ul. Samsonów24   |
| telefon/ telefony:                                    | 413003697  |
| identyfikator REGON                                   | 290396504  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                 |  |
| nazwa:  | NZOZ Nasza Przychodnia   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Zagnańsk/ 26-050/ ul. Samsonów24   |
| telefon/ telefony                                     | 413003697  |
| Data dodania do wykazu                                | 2021-09-21   |
| Data wykreślenia z wykazu                             |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą (100)</b> |  |
| nazwa:  | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "ZDROWIE" W SANDOMIERZU SPÓŁKA CYWILNA NIESPODZIEWANA JOANNA, KANIA-REMBELSKA MAŁGORZATA, CHOJNACKA-GŁADYSZ HANNA, DĄDA TOMASZ |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Sandomierz/ 27-600/ ul. Opatowska 5  |
| telefon/ telefony:                                    | 158322331  |
| identyfikator REGON                                   | 83040811200024   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                 |  |
| nazwa:  | NZOZ ZDROWIE Sandomierz  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Sandomierz/ 27-600/ ul. Opatowska 5  |
| telefon/ telefony                                     | 158322331  |
| Data dodania do wykazu                                | 2021-09-21   |
| Data wykreślenia z wykazu                             |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą (101)</b> |  |
| nazwa:  | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ W STASZOWIE  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Staszów/ 28-200/ ul. 11-GO LISTOPADA 78  |

|   |  |
|---|--|
| telefon/ telefony:                                    | 158648596  |
| identyfikator REGON                                   | 000302391  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                 |  |
| nazwa:  | PORADNIA MEDYCYNY PRACY  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Staszów/ 28-200/ ul. 11-GO LISTOPADA 78  |
| telefon/ telefony                                     | 158648596  |
| Data dodania do wykazu                                | 2021-09-21   |
| Data wykreślenia z wykazu                             |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą (102)</b> |  |
| nazwa:  | PRZYCHODNIA MEDYCYNY PRACY I MEDYCYNY RODZINNEJ "MEDICAL" FILIPCZAK-ZIOŁO ELŻBIETA |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Sandomierz/ 27-600/ ul. Dobkiewicza 10   |
| telefon/ telefony:                                    | 158320642, 156445000   |
| identyfikator REGON                                   | 83036549500061   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                 |  |
| nazwa:  | Punkt Szczepień  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Sandomierz/ 27-600/ ul. Dobkiewicza 10   |
| telefon/ telefony                                     | 158320642, 156445000   |
| Data dodania do wykazu                                | 2021-09-21   |
| Data wykreślenia z wykazu                             |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą (103)</b> |  |
| nazwa:  | GMINNY OŚRODEK ZDROWIA W RAKOWIE   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Raków/ 26-035/ ul. Klasztorna 16   |
| telefon/ telefony:                                    | 413535009  |
| identyfikator REGON                                   | 29102058600025   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                 |  |
| nazwa:  | Punkt Szczepień  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Raków/ 26-035/ ul. Klasztorna 16   |
| telefon/ telefony                                     | 41-353-50-09   |
| Data dodania do wykazu                                | 2021-09-21   |
| Data wykreślenia z wykazu                             |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą (104)</b> |  |
| nazwa:  | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "SALUS" W CZARNOCINIE                        |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Czarnocin/ 28-506/ ul. Czarnocin 125   |
| telefon/ telefony:                                    | 413512014  |
| identyfikator REGON                                   | 29066550700044   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                 |  |
| nazwa:  | Gabinet Diagnostyczny - Zabiegowy  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Czarnocin/ 28-506/ ul. Czarnocin 125   |
| telefon/ telefony                                     | 413512014  |
| Data dodania do wykazu                                | 2021-09-21   |
| Data wykreślenia z wykazu                             |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą (105)</b> |  |
| nazwa:  | PRO-MED. NAGŁOWICE   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Nagłowice/ 28-362/ ul. Parkowa 2   |
| telefon/ telefony:                                    | 413814521  |
| identyfikator REGON                                   | 260791460  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                 |  |
| nazwa:  | Przychodnia PRO-MED. Punkt szczepień   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Nagłowice/ 28-362/ ul. Parkowa 2   |
| telefon/ telefony                                     | 41/381-45-21   |
| Data dodania do wykazu                                | 2021-09-21   |
| Data wykreślenia z wykazu                             |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą (106)</b> |  |
| nazwa:  | PRZYCHODNIA LEKARSKA „ESKULAP”   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Sędziszów/ 28-340/ ul. Przemysłowa 9b  |
| telefon/ telefony:                                    | 413812699  |
| identyfikator REGON                                   | 260599314  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                 |  |
| nazwa:  | Przychodnia Lekarska „Eskulap”   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Sędziszów/ 28-340/ ul. Przemysłowa 9b  |
| telefon/ telefony                                     | 413812699,733316   |
| Data dodania do wykazu                                | 2021-09-21   |
| Data wykreślenia z wykazu                             |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą (107)</b> |  |
| nazwa:  | MIĘDZYKŁADOWY OŚRODEK MEDYCYNY PRACY   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Skarżysko-Kamienna/ 26-110/ ul. Ekonomii 4   |
| telefon/ telefony:                                    | 511021608  |
| identyfikator REGON                                   | 000835532  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                 |  |
| nazwa:  | Punkt Szczepień  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Skarżysko-Kamienna/ 26-110/ ul. Ekonomii 4   |
| telefon/ telefony                                     | 511021608  |
| Data dodania do wykazu                                | 2021-09-21   |
| Data wykreślenia z wykazu                             |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą (108)</b> |  |
| nazwa:  | "BIEŃKA, ZARZYCKA - CHEĆ SPÓŁKA JAWNA"   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | BIELINY/ 26-004/ ul. PARTYZANTÓW 12  |
| telefon/ telefony:                                    | 413025018  |
| identyfikator REGON                                   | 260106636  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                 |  |
| nazwa:  | PORADNIA LEKARZA POZ   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | MAKOSZYN / 26-004/ 100a  |
| telefon/ telefony                                     | 413025367  |



|   |   |
|---|---|
| Data dodania do wykazu                                | 2021-09-21  |
| Data wykreślenia z wykazu                             |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>                 |   |
| nazwa:  | PORADNIA LEKARZA POZ  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | BIELINY/ 26-004/ ul. PARTYZANTÓW 12   |
| telefon/ telefony                                     | 413025018   |
| Data dodania do wykazu                                | 2021-09-21  |
| Data wykreślenia z wykazu                             |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą (109)</b> |   |
| nazwa:  | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MINISTERSTWA SPRAW WEWNĘTRZNYCH I ADMINISTRACJI W KIELCACH IM. ŚW. JANA PAWŁA II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Kielce/ 25-375/ ul. Wojska Polskiego 51   |
| telefon/ telefony:                                    | 412604299   |
| identyfikator REGON                                   | 29039113900027  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                 |   |
| nazwa:  | Punkt Szczepień   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Kielce/ 25-375/ ul. Wojska Polskiego 51   |
| telefon/ telefony                                     | 412604299   |
| Data dodania do wykazu                                | 2021-09-21  |
| Data wykreślenia z wykazu                             |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą (110)</b> |   |
| nazwa:  | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MEDICA IZABELLA KĄDZIELAWA-SKRZESZEWSKA, KRZYSZTOF SKRZESZEWSKI                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | STOPNICA/ 28-130/ ul. Kościuszki 12A  |
| telefon/ telefony:                                    | 413779011   |
| identyfikator REGON                                   | 29285752400011  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                 |   |
| nazwa:  | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MEDICA IZABELLA KĄDZIELAWA-SKRZESZEWSKA, KRZYSZTOF SKRZESZEWSKI                           |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | STOPNICA/ 28-130/ ul. Kościuszki 12A  |
| telefon/ telefony                                     | 413779011   |
| Data dodania do wykazu                                | 2021-09-22  |
| Data wykreślenia z wykazu                             |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą (111)</b> |   |
| nazwa:  | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ W BUSKU-ZDROJU   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Busko-Zdrój/ 28-100/ ul. Sądowa 9   |
| telefon/ telefony:                                    | 413567117   |
| identyfikator REGON                                   | 29244880800070  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                 |   |
| nazwa:  | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ W BUSKU-ZDROJU   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Busko-Zdrój/ 28-100/ ul. Sądowa 9   |
| telefon/ telefony                                     | 413567117   |
| Data dodania do wykazu                                | 2021-09-23  |
| Data wykreślenia z wykazu                             |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą (112)</b> |   |
| nazwa:  | ZAKŁAD PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ W JĘDRZEJOWIE  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Jędrzejów/ 28-300/ ul. 11Listopada 26   |
| telefon/ telefony:                                    | 413854710   |
| identyfikator REGON                                   | 290464594   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                 |   |
| nazwa:  | Przychodnia Rejonowa Nr 2   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Jędrzejów/ 28-300/ ul. B.Chrobrego 4  |
| telefon/ telefony                                     | 413854710   |
| Data dodania do wykazu                                | 2021-09-24  |
| Data wykreślenia z wykazu                             |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>                 |   |
| nazwa:  | Przychodnia Rejonowa Nr 1   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Jędrzejów/ 28-300/ ul. 11Listopada 26   |
| telefon/ telefony                                     | 413861169   |
| Data dodania do wykazu                                | 2021-09-24  |
| Data wykreślenia z wykazu                             |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>                 |   |
| nazwa:  | Wiejski Ośrodek Zdrowia w Rakowie   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Raków/ 28-300/ 41   |
| telefon/ telefony                                     | 413859018   |
| Data dodania do wykazu                                | 2021-09-24  |
| Data wykreślenia z wykazu                             |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą (113)</b> |   |
| nazwa:  | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "ESKULAP" J. ZIĘBA, B. STAWIARZ, M. HETEL - SPÓŁKA JAWNA                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Sandomierz/ 27-600/ ul. Portowa 30  |
| telefon/ telefony:                                    | 158323203   |
| identyfikator REGON                                   | 83041073500036  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                 |   |
| nazwa:  | Gabinet Szczepień   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Sandomierz/ 27-600/ ul. Portowa 30  |
| telefon/ telefony                                     | 158323203   |
| Data dodania do wykazu                                | 2021-09-27  |
| Data wykreślenia z wykazu                             |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą (114)</b> |   |
| nazwa:  | NZOZ "POŁUDNIOWA" SP. Z O.O.  |

|   |   |
|---|---|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Końskie/ 26-200/ ul. Południowa 1   |
| telefon/ telefony:                                    | 413729164   |
| identyfikator REGON                                   | 292814590   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                 |   |
| nazwa:  | Punkt szczepień   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Końskie/ 26-200/ ul. Południowa 1   |
| telefon/ telefony                                     | 413729164   |
| Data dodania do wykazu                                | 2021-09-30  |
| Data wykreślenia z wykazu                             |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą (115)</b> |   |
| nazwa:  | SZPITAL KIELECKI ŚW. ALEKSANDRA SPÓŁKA Z O.O.   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Kielce/ 25-316/ ul. Kościuszki 25   |
| telefon/ telefony:                                    | 413417852   |
| identyfikator REGON                                   | 26009378000039  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                 |   |
| nazwa:  | Punkt szczepień   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Kielce/ 25-316/ ul. Kościuszki 25   |
| telefon/ telefony                                     | 413417852   |
| Data dodania do wykazu                                | 2021-09-30  |
| Data wykreślenia z wykazu                             |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą (116)</b> |   |
| nazwa:  | Diaverum Polska Sp. z o.o.  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Kielce/ 25-736/ ul. Grunwaldzka 45  |
| telefon/ telefony:                                    | 413473660   |
| identyfikator REGON                                   | 14087891000134  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                 |   |
| nazwa:  | Stacja Dializ   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Kielce/ 25-736/ ul. Grunwaldzka 45  |
| telefon/ telefony                                     | 413473660   |
| Data dodania do wykazu                                | 2021-10-01  |
| Data wykreślenia z wykazu                             |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą (117)</b> |   |
| nazwa:  | „MEDICA„-LEKARZE;JOLANTA SĘKOWSKA,DOROTA CZERCZAK-SOBCZYK-SPÓŁKA PARTNERSKA               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | STĄPORKÓW/ 26-220/ ul. 1-GO MAJA 2A   |
| telefon/ telefony:                                    | 413740100   |
| identyfikator REGON                                   | 29246894600020  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                 |   |
| nazwa:  | „MEDICA„-LEKARZE;JOLANTA SĘKOWSKA,DOROTA CZERCZAK-SOBCZYK-SPÓŁKA PARTNERSKA               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | STĄPORKÓW/ 26-220/ ul. 1-GO MAJA 2A   |
| telefon/ telefony                                     | 413740100   |
| Data dodania do wykazu                                | 2021-10-04  |
| Data wykreślenia z wykazu                             |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą (118)</b> |   |
| nazwa:  | "NOVOMED" K. HUSZALUK I WSPÓLNICY SPÓŁKA JAWNA  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Ostrowiec Świętokrzyski/ 27-400/ ul. Kopernika 14   |
| telefon/ telefony:                                    | 412662200   |
| identyfikator REGON                                   | 26017157900023  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                 |   |
| nazwa:  | Poradnia Lekarza POZ  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Ostrowiec Świętokrzyski/ 27-400/ ul. Kopernika 14   |
| telefon/ telefony                                     | 412662200   |
| Data dodania do wykazu                                | 2021-10-04  |
| Data wykreślenia z wykazu                             |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą (119)</b> |   |
| nazwa:  | Niepubliczny Specjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej GOMED-OSTROWIEC Spółka z o.o. sp.j. |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Ostrowiec Świętokrzyski/ 27-400/ ul. Polna 9F   |
| telefon/ telefony:                                    | 412641390   |
| identyfikator REGON                                   | 292831128   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>                 |   |
| nazwa:  | Punkt szczepień   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu     | Ostrowiec Świętokrzyski/ 27-400/Rynek Denkowski 10a                                       |
| telefon/ telefony                                     | 412470300   |
| Data dodania do wykazu                                | 2021-10-04  |
| Data wykreślenia z wykazu                             |   |