Wykaz podmiotów udzielających świadczeń opieki zdrowotnej, w tym transportu sanitarnego, w związku z przeciwdziałaniem COVID-19 na dzień 12.02.2021 r.

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 1	110005	katalog realizowanych świadczeń							Poziom zabezpieczenia COViD - 19
nazwa:	Specjalistyczny Psychiatryczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Łodzi								III
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 91-229 ul.Aleksandrowska 159								
telefon/ telefony:	42 65 29 639								
identyfikator REGON	000297187								
Miejsce udzielania świadczeń 1 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**
nazwa:	Izba Przyjęć Psychiatryczna								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 91-229 ul.Aleksandrowska 159							X	
telefon/ telefony	42 65 29 639								
Data dodania do wykazu									
Data wykreślenia z wykazu									
Miejsce udzielania świadczeń 2 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**
nazwa:	Specjalistyczny Psychiatryczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Łodzi								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 91-229 ul.Aleksandrowska 159		X						
telefon/ telefony	42 65 29 639								
Data dodania do wykazu			10.10.2020						
Data wykreślenia z wykazu									

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 2	110006	katalog realizowanych świadczeń							Poziom zabezpieczenia COViD - 19
nazwa:	Instytut Centrum Zdrowia Matki Polki								I / III
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 93-338 ul.Rzgowska 281/289								
telefon/ telefony:	42 271 10 00								
identyfikator REGON	471610127								
Miejsce udzielania świadczeń 1 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**
nazwa:	Izba Przyjęć								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 93-338 ul.Rzgowska 281/289							X	
telefon/ telefony	42 271 10 00								
Data dodania do wykazu									

Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 2 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	**Poziom zabezpieczenia COViD - 19**
nazwa:	Instytut Centrum Zdrowia Matki Polki		X		X					I
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 93-338 ul. Rzgowska 281/289									
telefon/ telefony	42 271 10 00									
Data dodania do wykazu			15.09.2020							
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 3 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	Instytut Centrum Zdrowia Matki Polki								S	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 93-338 ul. Rzgowska 281/289									
telefon/ telefony	695 120 334									
Data dodania do wykazu									28.10.2020	
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 4 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	**Poziom zabezpieczenia COViD - 19**
nazwa:	Klinika Pediatrii		X							III
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 93-338 ul. Rzgowska 281/289									
telefon/ telefony	42 271 10 00									
Data dodania do wykazu			19.01.2021							
Data wykreślenia z wykazu			01.02.2021							
Miejsce udzielania świadczeń 5 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	**Poziom zabezpieczenia COViD - 19**
nazwa:	Klinika Położnictwa i Ginekologii		X							III
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 93-338 ul. Rzgowska 281/289									
telefon/ telefony	42 2711100									
Data dodania do wykazu			19.01.2021							
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 6 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	**Poziom zabezpieczenia COViD - 19**
nazwa:	Pododdział Alergologii dla Dzieci, Klinika Pediatrii, Immunologii		X							III
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 93-338 ul. Rzgowska 281/289									
telefon/ telefony	42 271 10 00									
Data dodania do wykazu			01.02.2021							
Data wykreślenia z wykazu										

Miejsce udzielania świadczeń 7 *		transport sanitarny **	leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19	izolatorium	teleporada	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań	Poziom zabezpieczenia COViD - 19
nazwa:	Oddział neurochirurgiczny dla dzieci		X							III
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 93-338 ul. Rzgowska 281/289									
telefon/ telefony	42 271 10 00									
Data dodania do wykazu			01.02.2021							
Data wykreślenia z wykazu										

Miejsce udzielania świadczeń 8 *		transport sanitarny **	leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19	izolatorium	teleporada	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań	Poziom zabezpieczenia COViD - 19
nazwa:	Oddział kardiochirurgiczny dla dzieci		X							III
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 93-338 ul. Rzgowska 281/289									
telefon/ telefony	42 27 11 456									
Data dodania do wykazu			01.02.2021							
Data wykreślenia z wykazu										

Miejsce udzielania świadczeń 9 *		transport sanitarny **	leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19	izolatorium	teleporada	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań	Poziom zabezpieczenia COViD - 19
nazwa:	Oddział neurologiczny dla dzieci		X							III
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 93-338 ul. Rzgowska 281/289									
telefon/ telefony	42 271 10 00									
Data dodania do wykazu			01.02.2021							
Data wykreślenia z wykazu										

Miejsce udzielania świadczeń 10 *		transport sanitarny **	leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19	izolatorium	teleporada	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań	Poziom zabezpieczenia COViD - 19
nazwa:	Oddział otorynolaryngologiczny dla dzieci		X							III
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 93-338 ul. Rzgowska 281/289									
telefon/ telefony	42 271 21 25									
Data dodania do wykazu			01.02.2021							
Data wykreślenia z wykazu										

Miejsce udzielania świadczeń 11 *		transport sanitarny **	leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19	izolatorium	teleporada	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań	Poziom zabezpieczenia COViD - 19
nazwa:	Klinika Ortopedii i Traumatologii		X							III
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 93-338 ul. Rzgowska 281/289									
telefon/ telefony	42 271 10 00									
Data dodania do wykazu			01.02.2021							
Data wykreślenia z wykazu										

Miejsce udzielania świadczeń 12 *		transport sanitarny **	leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19	izolatorium	teleporada	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań	Poziom zabezpieczenia COViD - 19
nazwa:	Oddział chirurgiczny ogólny dla dzieci		X							III
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 93-338 ul. Rzgowska 281/289									
telefon/ telefony	42 271 10 00									
Data dodania do wykazu			01.02.2021							
Data wykreślenia z wykazu										

Miejsce udzielania świadczeń 13 *		transport sanitarny **	leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19	izolatorium	teleporada	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań	Poziom zabezpieczenia COViD - 19
nazwa:	Oddział kardiologiczny dla dzieci		X							III
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr	Łódź 93-338 ul. Rzgowska 281/289									
telefon/ telefony	42 271 21 77									
Data dodania do wykazu			01.02.2021							
Data wykreślenia z wykazu										

Miejsce udzielania świadczeń 14 *		transport sanitarny **	leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19	izolatorium	teleporada	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań	Poziom zabezpieczenia COViD - 19
nazwa:	Oddział okulistyczny dla dzieci		X							III
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr	Łódź 93-338 ul. Rzgowska 281/289									
telefon/ telefony	42 271 10 00									
Data dodania do wykazu			01.02.2021							
Data wykreślenia z wykazu										

Miejsce udzielania świadczeń 15 *		transport sanitarny **	leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19	izolatorium	teleporada	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań	Poziom zabezpieczenia COViD - 19
nazwa:	Oddział gastroenterologiczny dla dzieci		X							III
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr	Łódź 93-338 ul. Rzgowska 281/289									
telefon/ telefony	42 271 20 64									
Data dodania do wykazu			01.02.2021							
Data wykreślenia z wykazu										

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 3	110009	katalog realizowanych świadczeń	Poziom zabezpieczenia COViD - 19
nazwa:	Miejskie Centrum Medyczne im. dr.Karola Jonschera w Łodzi		I
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 93-113 ul.Milionowa 14		
telefon/ telefony:	42 676 17 90		
identyfikator REGON	472237185		

Miejsce udzielania świadczeń 1 *		transport sanitarny **	leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19	izolatorium	teleporada	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań
nazwa:	Szpitalny Oddział Ratunkowy								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 93-113 ul.Milionowa 14							X	
telefon/ telefony	42 672 19 26								
Data dodania do wykazu									
Data wykreślenia z wykazu									

Miejsce udzielania świadczeń 2 *		transport sanitarny **	leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19	izolatorium	teleporada	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań
nazwa:	Miejskie Centrum Medyczne im. dr.Karola Jonschera w Łodzi								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 93-113 ul.Milionowa 14		X						
telefon/ telefony	42 676 17 89								
Data dodania do wykazu			01.02.2021						
Data wykreślenia z wykazu									

Miejsce udzielania świadczeń 3 *		transport sanitarny **	leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19	izolatorium	teleporada	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań
nazwa:	Miejskie Centrum Medyczne im. dr.Karola Jonschera w Łodzi								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 93-113 ul.Milionowa 14								S
telefon/ telefony	4 2676 17 89								
Data dodania do wykazu									15.09.2020
Data wykreślenia z wykazu									

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 4	110013	katalog realizowanych świadczeń	Poziom zabezpieczenia COViD - 19
nazwa:	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Marii Skłodowskiej - Curie w Zgierzu		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Zgierz 95-100 ul.Parzęczewska 35		II \ III
telefon/ telefony:	42 716 37 12		
identyfikator REGON	000677636		

Miejsce udzielania świadczeń 1 *		transport sanitarny **	leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19	izolatorium	teleporada	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań	Poziom zabezpieczenia COViD - 19
nazwa:	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Marii Skłodowskiej - Curie w Zgierzu									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Zgierz 95-100 ul.Parzęczewska 35		X	X						II

telefon/ telefony	42 716 37 12									
Data dodania do wykazu			15.09.2020							
Data wykreślenia z wykazu				31.01.2021						
Miejsce udzielania świadczeń 2 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	**Poziom zabezpieczenia COViD - 19**
nazwa:	Oddział Chirurgii Ogólnej									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Zgierz 95-100 ul.Parzęczewska 35		**X**							**III**
telefon/ telefony	42 7144275; 42 7144500									
Data dodania do wykazu			17.10.2020							
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 3 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	Szpitalny Oddział Ratunkowy									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Zgierz 95-100 ul.Parzęczewska 35							**X**		
telefon/ telefony	42 714 42 63									
Data dodania do wykazu										
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 4 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Marii Skłodowskiej-Curie w Zgierzu						**X**			
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Zgierz 95-100 ul.Parzęczewska 35									
telefon/ telefony	42 716 37 12									
Data dodania do wykazu							16.09.2020			
Data wykreślenia z wykazu							28.09.2020			

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 5	**110014**	**katalog realizowanych świadczeń**								**Poziom zabezpieczenia COViD - 19**
nazwa:	SP ZOZ Uniwersytecki Szpital Kliniczny im.Wojskowej Akademii Medycznej UM w Łodzi - Centralny Szpital Weteranów									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	90-549 Łódź ul. Stefana Żeromskiego 113									**II / III**
telefon/ telefony:	42 639 35 99									
identyfikator REGON	471208164									
Miejsce udzielania świadczeń 1 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	

nazwa:	Izba Przyjęć									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	90-549 Łódź ul. Stefana Żeromskiego 113							X		
telefon/ telefony	42 639 35 92									
Data dodania do wykazu										
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 2 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	**Poziom zabezpieczenia COViD - 19**
nazwa:	SP ZOZ Uniwersytecki Szpital Kliniczny im.Wojskowej Akademii Medycznej UM w Łodzi - Centralny Szpital Weteranów		X							II
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	90-549 Łódź ul. Stefana Żeromskiego 113									
telefon/ telefony	42 639 35 99									
Data dodania do wykazu			10.10.2020							
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 3 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	**Poziom zabezpieczenia COViD - 19**
nazwa:	Klinika Chirurgii Klatki Piersiowej, Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej		X							III
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	90-549 Łódź ul. Stefana Żeromskiego 113									
telefon/ telefony	42 63 93 521									
Data dodania do wykazu			21.12.2020							
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 4 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	**Poziom zabezpieczenia COViD - 19**
nazwa:	Klinika Ortopedii		X							III
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	90-549 Łódź ul. Stefana Żeromskiego 113									
telefon/ telefony	42 63 93 511									
Data dodania do wykazu			21.12.2020							
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 5 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	**Poziom zabezpieczenia COViD - 19**
nazwa:	Oddział Kliniczny Anestezjologii i Intensywnej Terapii		X							III
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr	90-549 Łódź ul. Stefana Żeromskiego 113									
telefon/ telefony	42 63 93 501									
Data dodania do wykazu			21.12.2020							
Data wykreślenia z wykazu										

Miejsce udzielania świadczeń 6 *		transport sanitarny **	leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19	izolatorium	teleporada	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań	Poziom zabezpieczenia COViD - 19
nazwa:	Klinika Kardiologii Interwencyjnej i Zaburzeń Rytmu Serca		X							III
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	90-549 Łódź ul. Stefana Żeromskiego 113									
telefon/ telefony	42 936 35 92									
Data dodania do wykazu			11.01.2021							
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 7 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	**Poziom zabezpieczenia COViD - 19**
nazwa:	Klinika Chirurgii Ręki		X							III
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	90-549 Łódź ul. Stefana Żeromskiego 113									
telefon/ telefony	42 639 35 92									
Data dodania do wykazu			11.01.2021							
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 8 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	**Poziom zabezpieczenia COViD - 19**
nazwa:	Klinika Neurologii i Udarów Mózgu		X							III
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	90-549 Łódź ul. Stefana Żeromskiego 113									
telefon/ telefony	42 639 35 92									
Data dodania do wykazu			19.01.2021							
Data wykreślenia z wykazu										

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 6	110016	katalog realizowanych świadczeń								Poziom zabezpieczenia COViD - 19
nazwa:	Wojewódzki Specjalistyczny Szpital im. dr Wł. Biegańskiego									IV
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 91-347 ul. gen. Karola Kniaziewicza 1/5									
telefon/ telefony:	42 251 60 59									
identyfikator REGON	471219736									
Miejsce udzielania świadczeń 1 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	Wojewódzki Specjalistyczny Szpital im. dr Wł. Biegańskiego		X							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 91-347 ul. gen. Karola Kniaziewicza 1/5									
telefon/ telefony:	42 251 60 59									

Data dodania do wykazu			10.10.2020						
Data wykreślenia z wykazu									
Miejsce udzielania świadczeń 2 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**
nazwa:	Izba Przyjęć								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 91-347 ul. gen. Karola Kniaziewicza 1/5							**X**	
telefon/ telefony	42 251 60 80								
Data dodania do wykazu									
Data wykreślenia z wykazu									
Miejsce udzielania świadczeń 3 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**
nazwa:	Wojewódzki Specjalistyczny Szpital im. dr Wł. Biegańskiego								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 91-347 ul. gen. Karola Kniaziewicza 1/5								**S**
telefon/ telefony	42 251 60 80, 42 651 62 36								
Data dodania do wykazu									
Data wykreślenia z wykazu									

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 7	**110018**	**katalog realizowanych świadczeń**							**Poziom zabezpieczenia COViD - 19**
nazwa:	Instytut Medycyny Pracy im. Prof. Dr med. Jerzego Nofera								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 91-348 ul. Świętej Teresy od Dzieciątka Jezus 8								**I**
telefon/ telefony:	42 63 14 502								
identyfikator REGON	000288538								
Miejsce udzielania świadczeń 1 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**
nazwa:	Izba Przyjęć								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 91-348 ul. Świętej Teresy od Dzieciątka Jezus 8							**X**	
telefon/ telefony	42 631 47 54								
Data dodania do wykazu									
Data wykreślenia z wykazu									
Miejsce udzielania świadczeń 2 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**
nazwa:	Instytut Medycyny Pracy im. Prof. Dr med. Jerzego Nofera								

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 91-348 ul. Świętej Teresy od Dzieciątka Jezus 8		X						
telefon/ telefony	42 63 14 502								
Data dodania do wykazu			15.09.2020						
Data wykreślenia z wykazu									

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 8	110028	katalog realizowanych świadczeń							Poziom zabezpieczenia COViD - 19
nazwa:	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Łodzi								I
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 91-425 ul. Północna 42								
telefon/ telefony:	42 634 15 97								
identyfikator REGON	470805076								
Miejsce udzielania świadczeń 1 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**
nazwa:	Izba Przyjęć								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 91-425 ul. Północna 42							X	
telefon/ telefony	42 634 12 30								
Data dodania do wykazu									
Data wykreślenia z wykazu									
Miejsce udzielania świadczeń 2 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**
nazwa:	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Łodzi		X						
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 91-425 ul. Północna 42								
telefon/ telefony	42 634 15 97								
Data dodania do wykazu			15.01.2021						
Data wykreślenia z wykazu									

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 9	110043	katalog realizowanych świadczeń	Poziom zabezpieczenia COViD - 19
nazwa:	Wojewódzkie Wielospecjalistyczne Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. Kopernika w Łodzi		II / III
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 93-513 ul. Pabianicka 62		
telefon/ telefony:	42 689 50 10		
identyfikator REGON	000295403		

Miejsce udzielania świadczeń 1 *		transport sanitarny **	leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19	izolatorium	teleporada	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań
nazwa:	Szpitalny Oddział Ratunkowy								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 93-513 ul. Pabianicka 62							X	
telefon/ telefony	42 689 50 00								
Data dodania do wykazu									
Data wykreślenia z wykazu									

Miejsce udzielania świadczeń 2 *		transport sanitarny **	leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19	izolatorium	teleporada	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań
nazwa:	Izba Przyjęć								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 90-329 ul. al. marsz. Józefa Piłsudskiego 71							X	
telefon/ telefony	42 677 62 09								
Data dodania do wykazu									
Data wykreślenia z wykazu									

Miejsce udzielania świadczeń 3 *		transport sanitarny **	leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19	izolatorium	teleporada	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań
nazwa:	Wojewódzkie Wielospecjalistyczne Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. Kopernika w Łodzi								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 93-513 ul. Pabianicka 62		X						
telefon/ telefony	42 689 50 10								
Data dodania do wykazu			31.10.2020						
Data wykreślenia z wykazu									

Miejsce udzielania świadczeń 4 *		transport sanitarny **	leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19	izolatorium	teleporada	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań	Poziom zabezpieczenia COViD - 19
nazwa:	Oddział Neurologiczny									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 93-513 ul. Pabianicka 62		X							III
telefon/ telefony	42 689 50 00									
Data dodania do wykazu			21.01.2021							
Data wykreślenia z wykazu										

Miejsce udzielania świadczeń 5 *		transport sanitarny **	leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19	izolatorium	teleporada	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań	Poziom zabezpieczenia COViD - 19
nazwa:	Oddział Udarowy z Wczesną Rehabilitacją Neurologiczną									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 93-513 ul. Pabianicka 62		X							III
telefon/ telefony	42 689 50 00									
Data dodania do wykazu			21.01.2021							

Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 6 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	**Poziom zabezpieczenia COViD - 19**
nazwa:	Oddział Chirurgii Naczyniowej, Ogólnej i Onkologicznej z Pododdziałem Chirurgii Wideoskopowej		**X**							**III**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 93-513 ul. Pabianicka 62									
telefon/ telefony	42 689 52 41									
Data dodania do wykazu			21.01.2021							
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 7 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	**Poziom zabezpieczenia COViD - 19**
nazwa:	Oddział Chirurgii Endokrynologicznej, Ogólnej i Onkologicznej - Klinika Chirurgii Endokrynologicznej		**X**							**III**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 93-513 ul. Pabianicka 62									
telefon/ telefony	42 689 51 71									
Data dodania do wykazu			21.01.2021							
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 8 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	**Poziom zabezpieczenia COViD - 19**
nazwa:	Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej i Nowotworów Narządu Ruchu		**X**							**III**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 93-513 ul. Pabianicka 62									
telefon/ telefony	42 689 52 51									
Data dodania do wykazu			21.01.2021							
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 9 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	**Poziom zabezpieczenia COViD - 19**
nazwa:	Oddział Kardiologiczny		**X**							**III**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 93-513 ul. Pabianicka 62									
telefon/ telefony	42 689 54 92									
Data dodania do wykazu			21.01.2021							
Data wykreślenia z wykazu										

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 10	**110056**	**katalog realizowanych świadczeń**	**Poziom zabezpieczenia COViD - 19**

nazwa:	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Uniwersytecki Szpital Kliniczny Nr 1 im. Norberta Barlickiego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi									II
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	90-153 Łódź ul. dr. Stefana Kopcińskiego 22,									
telefon/ telefony:	42 677 66 07									
identyfikator REGON	000288774									
Miejsce udzielania świadczeń 1 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	Szpitalny Oddział Ratunkowy									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	90-153 Łódź ul. dr. Stefana Kopcińskiego 22,							X		
telefon/ telefony	42 677 66 07; 42 677 66 00; 42 677 66 01									
Data dodania do wykazu										
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 2 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	**Poziom zabezpieczenia COViD - 19**
nazwa:	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Uniwersytecki Szpital Kliniczny Nr 1 im. Norberta Barlickiego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi		X							II
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	90-153 Łódź ul. dr. Stefana Kopcińskiego 22,									
telefon/ telefony	42 677 66 07									
Data dodania do wykazu			26.10.2020							
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 3 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	**Poziom zabezpieczenia COViD - 19**
nazwa:	Dializoterapia									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	90-153 Łódź ul. dr. Stefana Kopcińskiego 22,		X							
telefon/ telefony	42 677 66 07									
Data dodania do wykazu			09.11.2020							
Data wykreślenia z wykazu			18.01.2021							
Miejsce udzielania świadczeń 4 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Uniwersytecki Szpital Kliniczny Nr 1 im. Norberta Barlickiego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi								S	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	90-153 Łódź ul. dr. Stefana Kopcińskiego 22,									
telefon/ telefony	42 677 66 03; 663 011 700									
Data dodania do wykazu									21.09.2020	

Data wykreślenia z wykazu									

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 11	110058	katalog realizowanych świadczeń							Poziom zabezpieczenia COViD - 19
nazwa:	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Centralny Szpital Kliniczny Uniwersytetu Medycznego w Łodzi								I / III
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 92-213 ul. Pomorska 251								
telefon/ telefony:	42 675 75 29								
identyfikator REGON	472147559								
Miejsce udzielania świadczeń 1 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**
nazwa:	Poradnia Chirurgii Stomatologicznej i Poradnia Ogólnostomatologiczna					X			
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 92-213 ul. Pomorska 251								
telefon/ telefony	42 675 75 29								
Data dodania do wykazu									
Data wykreślenia z wykazu									
Miejsce udzielania świadczeń 2 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**
nazwa:	Zakład Chirurgii Stomatologicznej i Poradnia Chirurgii Szczękowo-Twarzowej					X			
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 92-213 ul. Pomorska 251								
telefon/ telefony	42 675 75 29								
Data dodania do wykazu									
Data wykreślenia z wykazu									
Miejsce udzielania świadczeń 3 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**
nazwa:	Poradnia Chirurgii Stomatologicznej i Poradnia Ogólnostomatologiczna					X			
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	96-100 Skierniewice, ul. Joachima Lelewela 5								
telefon/ telefony	46 832 36 27								
Data dodania do wykazu									
Data wykreślenia z wykazu									
Miejsce udzielania świadczeń 4 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**
nazwa:	Poradnia Chirurgii Stomatologicznej i Poradnia Ogólnostomatologiczna								

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	97-400 Bełchatów, ul. św. Barbary 1					X				
telefon/ telefony	44 633 73 95									
Data dodania do wykazu										
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 5 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	**Poziom zabezpieczenia COViD - 19**
nazwa:	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Centralny Szpital Kliniczny Uniwersytetu Medycznego w Łodzi		X							I
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 92-213 ul. Pomorska 251									
telefon/ telefony	42 675 75 29									
Data dodania do wykazu			15.09.2020							
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 6 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	Izba Przyjęć							X		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 92-216 ul. Czechosłowacka 8/10									
telefon/ telefony	42 675 72 72									
Data dodania do wykazu										
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 7 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	Izba Przyjęć							X		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 92-213 ul. Pomorska 251									
telefon/ telefony	42 201 41 00									
Data dodania do wykazu										
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 8 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	Szpitalny Oddział Ratunkowy							X		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 91-738 ul. Sporna 36/50									
telefon/ telefony	42 617 79 00									
Data dodania do wykazu										
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 9 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	Izba Przyjęć									

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 90-217 ul. Sterlinga 13							X		
telefon/ telefony	42 633 34 65									
Data dodania do wykazu										
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 10 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	**Poziom zabezpieczenia COViD - 19**
nazwa:	Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii		X							III
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 92-213 ul. Pomorska 251									
telefon/ telefony	42 201 41 00									
Data dodania do wykazu			30.10.2020							
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 11 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	**Poziom zabezpieczenia COViD - 19**
nazwa:	Klinika Gastroenterologii		X							III
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 91-738 ul. Sporna 36/50									
telefon/ telefony	426177900									
Data dodania do wykazu			16.11.2020							
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 12 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	**Poziom zabezpieczenia COViD - 19**
nazwa:	Oddział Intensywnej Terapii i Anestezjologii dla Dzieci		X							III
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 91-738 ul. Sporna 36/50									
telefon/ telefony	426177900									
Data dodania do wykazu			16.11.2020							
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 13 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	**Poziom zabezpieczenia COViD - 19**
nazwa:	Klinika Chirurgii i Onkologii Dziecięcej		X							III
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 91-738 ul. Sporna 36/50									
telefon/ telefony	426177900									
Data dodania do wykazu			16.11.2020							
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 14 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	**Poziom zabezpieczenia COViD - 19**

nazwa:	Oddział Reumatologii dla dzieci		X							III
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 91-738 ul. Sporna 36/50									
telefon/ telefony	426177900									
Data dodania do wykazu			16.11.2020							
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 15 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	**Poziom zabezpieczenia COViD - 19**
nazwa:	Klinika Diabetologii		X							III
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 91-738 ul. Sporna 36/50									
telefon/ telefony	426177900									
Data dodania do wykazu			16.11.2020							
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 16 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	**Poziom zabezpieczenia COViD - 19**
nazwa:	Klinika Chirurgii		X							III
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 91-738 ul. Sporna 36/50									
telefon/ telefony	426177900									
Data dodania do wykazu			16.11.2020							
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 17 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	**Poziom zabezpieczenia COViD - 19**
nazwa:	Klinika Neonatologii		X							III
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 91-738 ul. Sporna 36/50									
telefon/ telefony	426177900									
Data dodania do wykazu			16.11.2020							
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 18 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	**Poziom zabezpieczenia COViD - 19**
nazwa:	Klinika Otolaryngologii		X							III
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 91-738 ul. Sporna 36/50									
telefon/ telefony	426177900									
Data dodania do wykazu			17.11.2020							
Data wykreślenia z wykazu										

Miejsce udzielania świadczeń 19 *		transport sanitarny **	leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19	izolatorium	teleporada	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań	Poziom zabezpieczenia COViD - 19
nazwa:	Klinika Nefrologii, Hipertensjologii i Transplantologii Nerek		X							III
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 92-213 ul. Pomorska 251									
telefon/ telefony	426177900									
Data dodania do wykazu			23.11.2020							
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 20 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	**Poziom zabezpieczenia COViD - 19**
nazwa:	Dializoterapia		X							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 92-213 ul. Pomorska 251									
telefon/ telefony	426177900									
Data dodania do wykazu			23.11.2020							
Data wykreślenia z wykazu			18.01.2021							

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 12	110076	katalog realizowanych świadczeń								Poziom zabezpieczenia COViD - 19
nazwa:	Wojewódzki Specjalistyczny Szpital im. M. Pirogowa w Łodzi									I
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 90-531 ul Wólczańska 191/195									
telefon/ telefony:	42 636 83 20									
identyfikator REGON	471658536									
Miejsce udzielania świadczeń 1 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	Izba Przyjęć							X		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 90-531 ul Wólczańska 191/195									
telefon/ telefony	42 636 76 11 wew. 207									
Data dodania do wykazu										
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 2 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	Izba Przyjęć							X		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 94-029 ul. Wileńska 37									
telefon/ telefony	42 68 04 689									
Data dodania do wykazu										

Data wykreślenia z wykazu									
Miejsce udzielania świadczeń 3 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**
nazwa:	Wojewódzki Specjalistyczny Szpital im. M. Pirogowa w Łodzi		**X**						
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 90-531 ul Wólczańska 191/195								
telefon/ telefony	42 636 83 20								
Data dodania do wykazu			04.01.2021						
Data wykreślenia z wykazu									

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 13	**110101**	**katalog realizowanych świadczeń**							**Poziom zabezpieczenia COViD - 19**
nazwa:	Wojewódzka Stacja Ratownictwa Medycznego w Łodzi								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 91-202 ul. Warecka 2								
telefon/ telefony:	42 636 15 65								
identyfikator REGON	473066188								
Miejsce udzielania świadczeń 1 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**
nazwa:	Zespół Transportu Sanitarnego	**4**							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	91-202 Łódź, ul. Warecka 2								
telefon/ telefony	42 655 76 71								
Data dodania do wykazu		*24.10,2020							*dodatkowa 1 karetka
Data wykreślenia z wykazu									
Miejsce udzielania świadczeń 2 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**
nazwa:	Zespół Transportu Sanitarnego	**1**							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	96-100 Skierniewice, ul. Jana Kozietulskiego 30								
telefon/ telefony	42 655 76 71								
Data dodania do wykazu									
Data wykreślenia z wykazu									
Miejsce udzielania świadczeń 3 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**
nazwa:	Zespół Transportu Sanitarnego	**1**							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	99-300 Kutno, ul. Kościuszki 52								
telefon/ telefony	42 655 76 71								
Data dodania do wykazu									

Data wykreślenia z wykazu									
Miejsce udzielania świadczeń 4 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**
nazwa:	Zespół Transportu Sanitarnego	**1**							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	98-100 Łask, ul. 9 Maja 50								
telefon/ telefony	42 655 76 71								
Data dodania do wykazu									
Data wykreślenia z wykazu									
Miejsce udzielania świadczeń 5 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**
nazwa:	Zespół Transportu Sanitarnego	**1**							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	95-100 Zgierz, ul. Parzęczewska 35								
telefon/ telefony	42 655 76 71								
Data dodania do wykazu		16.10.2020							
Data wykreślenia z wykazu									
Miejsce udzielania świadczeń 6 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**
nazwa:	Zespół Transportu Sanitarnego	**1**							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	97-300 Piotrków Trybunalski, ul. Rakowska 15								
telefon/ telefony	42 655 76 71								
Data dodania do wykazu		26.10.2020							
Data wykreślenia z wykazu									
Miejsce udzielania świadczeń 7 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**
nazwa:	Zespół Transportu Sanitarnego	**1**							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	98-200 Sieradz, ul. Armii Krajowej 7								
telefon/ telefony	42 655 76 71								
Data dodania do wykazu		27.10.2020							
Data wykreślenia z wykazu									
Miejsce udzielania świadczeń 8 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**
nazwa:	Zespół Transportu Sanitarnego	**1**							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	95-200 Porszewice 24C								
telefon/ telefony	42 655 76 71								
Data dodania do wykazu		09.11.2020							
Data wykreślenia z wykazu									

Miejsce udzielania świadczeń 9 *		transport sanitarny **	leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19	izolatorium	teleporada	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań
nazwa:	Zespół Transportu Sanitarnego	1							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	97-400 Bełchatów, ul. Czapliniecka 153								
telefon/ telefony	42 655 76 71								
Data dodania do wykazu		09.11.2020							
Data wykreślenia z wykazu									

Miejsce udzielania świadczeń 10 *		transport sanitarny **	leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19	izolatorium	teleporada	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań
nazwa:	Izba Przyjęć							X	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 90-302 ul. Henryka Sienkiewicza 137/141								
telefon/ telefony	42 636 15 65								
Data dodania do wykazu									
Data wykreślenia z wykazu									

Miejsce udzielania świadczeń 11 *		transport sanitarny **	leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19	izolatorium	teleporada	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań
nazwa:	Wojewódzka Stacja Ratownictwa Medycznego w Łodzi (Punkt nr 1)								S
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	90-302 Łódź, ul. Sienkiewicza 137/141								
telefon/ telefony	887 873 195								
Data dodania do wykazu									
Data wykreślenia z wykazu									

Miejsce udzielania świadczeń 12 *		transport sanitarny **	leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19	izolatorium	teleporada	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań
nazwa:	Wojewódzka Stacja Ratownictwa Medycznego w Łodzi (Punkt nr 2)								S
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	91-202 Łódź, ul. Warecka 2								
telefon/ telefony	887 873 195								
Data dodania do wykazu									
Data wykreślenia z wykazu									

Miejsce udzielania świadczeń 13 *		transport sanitarny **	leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19	izolatorium	teleporada	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań
nazwa:	Wojewódzka Stacja Ratownictwa Medycznego w Łodzi (Punkt w Skierniewicach)								S
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	96-100 Skierniewice, ul. Jana Kozietulskiego 30								
telefon/ telefony	516 809 822								
Data dodania do wykazu									

Data wykreślenia z wykazu									
Miejsce udzielania świadczeń 14 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**
nazwa:	Wojewódzka Stacja Ratownictwa Medycznego w Łodzi (Punkt w Łasku)								**S**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	98-100 Łask, ul. 9 Maja 50								
telefon/ telefony	516 569 924								
Data dodania do wykazu									
Data wykreślenia z wykazu									
Miejsce udzielania świadczeń 15 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**
nazwa:	Wojewódzka Stacja Ratownictwa Medycznego w Łodzi (Punkt w Zgierzu)								**S**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	95-100 Zgierz, ul. Parzęczewska 35								
telefon/ telefony	516 809 513								
Data dodania do wykazu									
Data wykreślenia z wykazu									
Miejsce udzielania świadczeń 16 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**
nazwa:	Wojewódzka Stacja Ratownictwa Medycznego w Łodzi (Punkt w Łowiczu)								**S**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	99-400 Łowicz ul. Katarzynów 49								
telefon/ telefony	516 809 943								
Data dodania do wykazu									
Data wykreślenia z wykazu									
Miejsce udzielania świadczeń 17 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**
nazwa:	Wojewódzka Stacja Ratownictwa Medycznego w Łodzi (Punkt w Zduńskiej Woli)								**S**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	98-311 Zduńska Wola, ul. Długa 4 (przy PSP)								
telefon/ telefony	516 569 924								
Data dodania do wykazu									18.09.2020
Data wykreślenia z wykazu									
Miejsce udzielania świadczeń 18 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**
nazwa:	Wojewódzka Stacja Ratownictwa Medycznego w Łodzi (Punkt w Rawie Mazowieckiej)								

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	96-200 Rawa Mazowicka, ul. Kolejowa 4								S
telefon/ telefony	516 809 922								
Data dodania do wykazu									18.09.2020
Data wykreślenia z wykazu									
Miejsce udzielania świadczeń 19 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**
nazwa:	Wojewódzka Stacja Ratownictwa Medycznego w Łodzi (Punkt w Bełchatowie)								S
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	97-400 Bełchatów, ul. Czapliniecka 153								
telefon/ telefony	516 810 184								
Data dodania do wykazu									18.09.2020
Data wykreślenia z wykazu									
Miejsce udzielania świadczeń 20 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**
nazwa:	Wojewódzka Stacja Ratownictwa Medycznego w Łodzi (Punkt w Tuszynie)								S
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	95-080 Tuszyn, ul. Szpitalna 5								
telefon/ telefony	516 810 255								
Data dodania do wykazu									18.09.2020
Data wykreślenia z wykazu									
Miejsce udzielania świadczeń 21 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**
nazwa:	Wojewódzka Stacja Ratownictwa Medycznego w Łodzi (Punkt w Koluszkach)								S
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	95-040 Koluszki, ul. 11-Listopada 39								
telefon/ telefony	516 810 255								
Data dodania do wykazu									18.09.2020
Data wykreślenia z wykazu									
Miejsce udzielania świadczeń 22 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**
nazwa:	Wojewódzka Stacja Ratownictwa Medycznego w Łodzi (Punkt w Pabianicach)								S
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	95-200 Pabianice, ul. Grota-Roweckiego 8a								
telefon/ telefony	516 810 184								
Data dodania do wykazu									18.09.2020
Data wykreślenia z wykazu									

Miejsce udzielania świadczeń 23 *		transport sanitarny **	leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19	izolatorium	teleporada	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań
nazwa:	Wojewódzka Stacja Ratownictwa Medycznego w Łodzi (Punkt w Poddębicach)								S
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	99-200 Poddębice ul. Miła 27								
telefon/ telefony	516 809 513								
Data dodania do wykazu									18.09.2020
Data wykreślenia z wykazu									

Miejsce udzielania świadczeń 25 *		transport sanitarny **	leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19	izolatorium	teleporada	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań
nazwa:	Wojewódzka Stacja Ratownictwa Medycznego w Łodzi (Punkt w Piotrkowie Trybunalskim)								S
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Piotrków Trybunalski ul. POW 13/ ul. Grota Roweckiego (namiot przy dworcu PKS)								
telefon/ telefony	511 865 773								
Data dodania do wykazu									1.10.2020
Data wykreślenia z wykazu									

Miejsce udzielania świadczeń 26 *		transport sanitarny **	leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19	izolatorium	teleporada	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań
nazwa:	Wojewódzka Stacja Ratownictwa Medycznego w Łodzi (Punkt Łódź-Retkinia 1)								S
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	94-328 Łódź, ul. Generała Stanisława Maczka 35								
telefon/ telefony	516 809 598								
Data dodania do wykazu									15.10.2020
Data wykreślenia z wykazu									

Miejsce udzielania świadczeń 27 *		transport sanitarny **	leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19	izolatorium	teleporada	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań
nazwa:	Wojewódzka Stacja Ratownictwa Medycznego w Łodzi (Punkt Łódź-Retkinia 2)								S
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	94-328 Łódź, parking długoterminowy nr 2 Portu Lotniczego „Lublinek”								
telefon/ telefony	516 809 598								
Data dodania do wykazu									15.10.2020
Data wykreślenia z wykazu									

Miejsce udzielania świadczeń 28 *		transport sanitarny **	leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19	izolatorium	teleporada	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań
nazwa:	Wojewódzka Stacja Ratownictwa Medycznego w Łodzi								M

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 91-202 ul. Warecka 2								IVI
telefon/ telefony	42 636 15 65								6 KARETEK
Data dodania do wykazu									10.10.2020
Data wykreślenia z wykazu									
Miejsce udzielania świadczeń 29 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**
nazwa:	Ośrodek Rekolekcyjno-Konferencyjny w Porszewicach			X					
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Porszewice 24C, 95-200 Pabianice								
telefon/ telefony	516-809-348								
Data dodania do wykazu				26.10.2020					
Data wykreślenia z wykazu				31.01.2021					

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 14	**110108**	**katalog realizowanych świadczeń**							**Poziom zabezpieczenia COViD - 19**
nazwa:	Wojewódzki Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej Centrum Leczenia Chorób Płuc i Rehabilitacji w Łodzi								II
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 91-520 ul.Okólna 181								
telefon/ telefony:	42 659 00 11								
identyfikator REGON	473211271								
Miejsce udzielania świadczeń 1 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**
nazwa:	Izba Przyjęć							X	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 91-520 ul.Okólna 181								
telefon/ telefony	42 61 77 305								
Data dodania do wykazu									
Data wykreślenia z wykazu									
Miejsce udzielania świadczeń 2 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**
nazwa:	Izba Przyjęć							X	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Tuszyn 95-080 ul. Szpitalna 5								
telefon/ telefony	42 61 41 240								
Data dodania do wykazu									
Data wykreślenia z wykazu									
Miejsce udzielania świadczeń 3 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**

nazwa:	Wojewódzki Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej Centrum Leczenia Chorób Płuc i Rehabilitacji w Łodzi		X						
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 91-520 ul.Okólna 181								
telefon/ telefony	42 659 00 11								
Data dodania do wykazu			30.09.2020						
Data wykreślenia z wykazu									

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 15	**120001**	**rodzaj realizowanych świadczeń**							**Poziom zabezpieczenia COViD - 19**
nazwa:	Szpital Wojewódzki im. Prymasa Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Sieradzu								**II / III**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Sieradz 98-200 ul. Armii Krajowej 7								
telefon/ telefony:	43 827 54 26								
identyfikator REGON	001129641								
Miejsce udzielania świadczeń 1 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**
nazwa:	Szpitalny Oddział Ratunkowy								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Sieradz 98-200 ul. Armii Krajowej 7							X	
telefon/ telefony	43 827 54 26								
Data dodania do wykazu									
Data wykreślenia z wykazu									
Miejsce udzielania świadczeń 2 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**
nazwa:	Izba Przyjęć								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Warta 98-290 ul. Sieradzka 3							X	
telefon/ telefony	43 829 40 13								
Data dodania do wykazu									
Data wykreślenia z wykazu									
Miejsce udzielania świadczeń 3 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**
nazwa:	Szpital Wojewódzki im. Prymasa Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Sieradzu								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Sieradz 98-200 ul. Armii Krajowej 7								S
telefon/ telefony	43 827 88 55								
Data dodania do wykazu									
Data wykreślenia z wykazu									

Miejsce udzielania świadczeń 4 *		transport sanitarny **	leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19	izolatorium	teleporada	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań	Poziom zabezpieczenia COViD - 19
nazwa:	Szpital Wojewódzki im. Prymasa Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Sieradzu		X							II
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Sieradz 98-200 ul. Armii Krajowej 7									
telefon/ telefony	43 827 54 26									
Data dodania do wykazu			10.10.2020							
Data wykreślenia z wykazu										

Miejsce udzielania świadczeń 5 *		transport sanitarny **	leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19	izolatorium	teleporada	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań	Poziom zabezpieczenia COViD - 19
nazwa:	Oddział Psychiatryczny		X							III
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Warta 98-290 ul. Sieradzka 3									
telefon/ telefony	43 829 40 13									
Data dodania do wykazu			29.10.2020							
Data wykreślenia z wykazu										

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 16	120003	katalog realizowanych świadczeń	Poziom zabezpieczenia COViD - 19
nazwa:	Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Pajęcznie		I
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Pajęczno 98-330 ul. 1 Maja 13/15		
telefon/ telefony:	34 311 16 63		
identyfikator REGON	000306526		

Miejsce udzielania świadczeń 1 *		transport sanitarny **	leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19	izolatorium	teleporada	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań
nazwa:	Izba Przyjęć							X	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Pajęczno 98-330 ul. 1 Maja 13/15								
telefon/ telefony	34 311 14 03								
Data dodania do wykazu									
Data wykreślenia z wykazu									

Miejsce udzielania świadczeń 2 *		transport sanitarny **	leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19	izolatorium	teleporada	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań
nazwa:	Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Pajęcznie		X						
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Pajęczno 98-330 ul. 1 Maja 13/15								
telefon/ telefony	34 311 16 63								

Data dodania do wykazu			19.12.2020						
Data wykreślenia z wykazu									
Miejsce udzielania świadczeń 3 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**
nazwa:	Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Pajęcznie								**S**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr	Pajęczno 98-330 ul. 1 Maja 13/15								
telefon/ telefony	34 311 16 63								
Data dodania do wykazu									15.10.2020
Data wykreślenia z wykazu									

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 17	**120004**	**katalog realizowanych świadczeń**							**Poziom zabezpieczenia COViD - 19**
nazwa:	Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej Wieluń								**II**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Wieluń 98-300 ul. Szpitalna 16								
telefon/ telefony:	43 840 68 00								
identyfikator REGON	000310143								
Miejsce udzielania świadczeń 1 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**
nazwa:	Szpitalny Oddział Ratunkowy							**X**	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Wieluń 98-300 ul. Szpitalna 16								
telefon/ telefony	43 8406 795 lub 794 lub 797								
Data dodania do wykazu									
Data wykreślenia z wykazu									
Miejsce udzielania świadczeń 2 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**
nazwa:	Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej Wieluń								**S**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Wieluń 98-300 ul. Szpitalna 16								
telefon/ telefony	507 486 507								
Data dodania do wykazu									
Data wykreślenia z wykazu									
Miejsce udzielania świadczeń 2 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**
nazwa:	Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej Wieluń		**X**						
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Wieluń 98-300 ul. Szpitalna 16								

telefon/ telefony	43 840 68 00								
Data dodania do wykazu			26.10.2020						
Data wykreślenia z wykazu									

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 18	130001	katalog realizowanych świadczeń								Poziom zabezpieczenia COViD - 19
nazwa:	Wojewódzki Szpital Zespolony im. Stanisława Rybickiego w Skierniewicach									II
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Skierniewice 96-100 ul. dr. Stanisława Rybickiego 1									
telefon/ telefony:	46 834 07 50									
identyfikator REGON	000657119									
Miejsce udzielania świadczeń 1 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	Szpitalny Oddział Ratunkowy									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Skierniewice 96-100 ul. dr. Stanisława Rybickiego 1							X		
telefon/ telefony	46 834 07 00									
Data dodania do wykazu										
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 2 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	Wojewódzki Szpital Zespolony im. Stanisława Rybickiego w Skierniewicach									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Skierniewice 96-100 ul. dr. Stanisława Rybickiego 1				X					
telefon/ telefony	46 834 07 00									
Data dodania do wykazu										
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 3 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	**Poziom zabezpieczenia COViD - 19**
nazwa:	Wojewódzki Szpital Zespolony im. Stanisława Rybickiego w Skierniewicach									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Skierniewice 96-100 ul. dr. Stanisława Rybickiego 1		X							II
telefon/ telefony	46 834 07 00									
Data dodania do wykazu			10.10.2020							
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 4 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	**Poziom zabezpieczenia COViD - 19**
nazwa:	Dializoterapia									

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Skierniewice 96-100 ul. dr. Stanisława Rybickiego 1		X						
telefon/ telefony	46 834 07 00								
Data dodania do wykazu			18.11.2020						
Data wykreślenia z wykazu			18.01.2021						

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 19	130002	katalog realizowanych świadczeń							Poziom zabezpieczenia COViD - 19
nazwa:	Zespół Opieki Zdrowotnej w Łęczycy								I
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łęczyca 99-100 ul. Zachodnia 6								
telefon/ telefony:	24 388 26 01								
identyfikator REGON	610320540								
Miejsce udzielania świadczeń 1 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**
nazwa:	Szpitalny Oddział Ratunkowy								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łęczyca 99-100 ul. Zachodnia 6							X	
telefon/ telefony	24 388 26 01								
Data dodania do wykazu									
Data wykreślenia z wykazu									
Miejsce udzielania świadczeń 2 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**
nazwa:	Zespół Opieki Zdrowotnej w Łęczycy								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łęczyca 99-100 ul. Zachodnia 6		X						
telefon/ telefony	24 388 26 01								
Data dodania do wykazu			19.12.2020						
Data wykreślenia z wykazu									
Miejsce udzielania świadczeń 3 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**
nazwa:	Zespół Opieki Zdrowotnej w Łęczycy								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łęczyca 99-100 ul. Zachodnia 6								S
telefon/ telefony	663 770 007								
Data dodania do wykazu									1.10.2020
Data wykreślenia z wykazu									

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 20	130004	katalog realizowanych świadczeń	Poziom zabezpieczenia COViD - 19
nazwa:	Zespół Opieki Zdrowotnej w Łowiczu		

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łowicz 99-400 ul. Ułańska 28								I
telefon/ telefony:	46 837 56 11								
identyfikator REGON	750079660								
Miejsce udzielania świadczeń 1 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**
nazwa:	Izba Przyjęć								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łowicz 99-400 ul. Ułańska 28							**X**	
telefon/ telefony	46 837 56 11								
Data dodania do wykazu									
Data wykreślenia z wykazu									
Miejsce udzielania świadczeń 2 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**
nazwa:	Zespół Opieki Zdrowotnej w Łowiczu								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łowicz 99-400 ul. Ułańska 28		**X**						
telefon/ telefony	46 837 56 11								
Data dodania do wykazu			19.12.2020						
Data wykreślenia z wykazu									
Miejsce udzielania świadczeń 3 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**
nazwa:	Zespół Opieki Zdrowotnej w Łowiczu								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łowicz 99-400 ul. Ułańska 28								**M**
telefon/ telefony	46 837 56 11								
Data dodania do wykazu									10.11.2020
Data wykreślenia z wykazu									

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 21	**130005**	**katalog realizowanych świadczeń**							**Poziom zabezpieczenia COViD - 19**
nazwa:	Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Rawie Mazowieckiej								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Rawa Mazowiecka 96-200 ul. Niepodległości 8								**II**
telefon/ telefony:	729059534								
identyfikator REGON	750081271								
Miejsce udzielania świadczeń 1 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**
nazwa:	Izba Przyjęć								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Rawa Mazowiecka 96-200 ul. Niepodległości 8							**X**	

telefon/ telefony	46 814 20 65								
Data dodania do wykazu									
Data wykreślenia z wykazu									
Miejsce udzielania świadczeń 2 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**
nazwa:	Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Rawie Mazowieckiej								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Rawa Mazowiecka 96-200 ul. Niepodległości 8		**X**						
telefon/ telefony	46 814 20 65								
Data dodania do wykazu			10.10.2020						
Data wykreślenia z wykazu									
Miejsce udzielania świadczeń 3 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**
nazwa:	Punkt pobrań								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Rawa Mazowiecka 96-200 ul. Miłej 2								**X**
telefon/ telefony	729 059 007								
Data dodania do wykazu									19.10.2020
Data wykreślenia z wykazu									

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 22	**140039**	**katalog realizowanych świadczeń**							**Poziom zabezpieczenia COViD - 19**
nazwa:	Samodzielny Szpital Wojewódzki im. Mikołaja Kopernika w Piotrkowie Trybunalskim								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Piotrków Trybunalski 97-300 ul. Rakowska 15								**II**
telefon/ telefony:	44 648 03 00								
identyfikator REGON	000636940								
Miejsce udzielania świadczeń 1 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**
nazwa:	Szpitalny Oddział Ratunkowy								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Piotrków Trybunalski 97-300 ul. Rakowska 15							**X**	
telefon/ telefony	44 648 04 03								
Data dodania do wykazu									
Data wykreślenia z wykazu									
Miejsce udzielania świadczeń 2 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**
nazwa:	Samodzielny Szpital Wojewódzki im. Mikołaja Kopernika w Piotrkowie Trybunalskim								

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Piotrków Trybunalski 97-300 ul. Rakowska 15		X						
telefon/ telefony	44 648 03 00								
Data dodania do wykazu			28.10.2020						
Data wykreślenia z wykazu									

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 23	140042	katalog realizowanych świadczeń							Poziom zabezpieczenia COViD - 19
nazwa:	Szpital Wojewódzki im. Jana Pawła II w Bełchatowie								II
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Bełchatów 97-400 ul. Czapliniecka 123								
telefon/ telefony:	44 635 82 00								
identyfikator REGON	000306503								
Miejsce udzielania świadczeń 1 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**
nazwa:	Szpital Wojewódzki im. Jana Pawła II w Bełchatowie		X	X					
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Bełchatów 97-400 ul. Czapliniecka 123								
telefon/ telefony	44 635 83 05								
Data dodania do wykazu			15.09.2020	02.11.2020					
Data wykreślenia z wykazu				11.12.2020					
Miejsce udzielania świadczeń 2 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**
nazwa:	Szpitalny Oddział Ratunkowy							X	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Bełchatów 97-400 ul. Czapliniecka 123								
telefon/ telefony	44 635 82 29								
Data dodania do wykazu									
Data wykreślenia z wykazu									

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 24	140043	katalog realizowanych świadczeń							Poziom zabezpieczenia COViD - 19
nazwa:	Szpital Powiatowy w Radomsku								II / III
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Radomsko 97-500 ul. Jagiellońska 36								
telefon/ telefony:	44 685 47 16								
identyfikator REGON	000313420								
Miejsce udzielania świadczeń 1 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	**Poziom zabezpieczenia COViD - 19**
nazwa:	Szpital Powiatowy w Radomsku								

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Radomsko 97-500 ul. Jagiellońska 36		X	X						II
telefon/ telefony	44 681 08 31 lub 44 681 08 74									
Data dodania do wykazu			15.09.2020	02.11.2020						
Data wykreślenia z wykazu				11.12.2020						
Miejsce udzielania świadczeń 2 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	**Poziom zabezpieczenia COViD - 19**
nazwa:	Oddział Chorób Wewnętrznych		X							III
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Radomsko 97-500 ul. Jagiellońska 36									
telefon/ telefony	44 681 08 88 lub 44 681 08 15									
Data dodania do wykazu			13.11.2020							
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 3 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	**Poziom zabezpieczenia COViD - 19**
nazwa:	Oddział Neurologiczny		X							III
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Radomsko 97-500 ul. Jagiellońska 36									
telefon/ telefony	44 685 47 33 lub 44 306 16 15									
Data dodania do wykazu			13.11.2020							
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 4 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	**Poziom zabezpieczenia COViD - 19**
nazwa:	Oddział Ginekologiczno-Położniczy		X							III
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Radomsko 97-500 ul. Jagiellońska 36									
telefon/ telefony	44 681 08 06 lub 685 47 20									
Data dodania do wykazu			13.11.2020							
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 5 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	**Poziom zabezpieczenia COViD - 19**
nazwa:	Oddział Kardiologiczny z Salą Intensywnej Opieki Kardiologicznej		X							III
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Radomsko 97-500 ul. Jagiellońska 36									
telefon/ telefony	44 685 47 35 lub 44 681 08 99									
Data dodania do wykazu			13.11.2020							
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 6 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	**Poziom zabezpieczenia COViD - 19**
nazwa:	Oddział Chirurgii Ogólnej									

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Radomsko 97-500 ul. Jagiellońska 36		X							III
telefon/ telefony	44 681 08 79 lub 44 681 08 69									
Data dodania do wykazu			13.11.2020							
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 7 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	**Poziom zabezpieczenia COViD - 19**
nazwa:	Oddział Chirurgii Urazowo - Ortopedycznej		X							III
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Radomsko 97-500 ul. Jagiellońska 36									
telefon/ telefony	44 681 08 32 lub 44 681 08 39									
Data dodania do wykazu			13.11.2020							
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 8 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	Szpitalny Oddział Ratunkowy							X		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Radomsko 97-500 ul. Jagiellońska 36									
telefon/ telefony	44 681 08 22; 44 681 08 23									
Data dodania do wykazu										
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 9 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	Szpital Powiatowy w Radomsku								S	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Radomsko 97-500 ul. Jagiellońska 36									
telefon/ telefony	44 685 47 16									
Data dodania do wykazu										
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 10 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	Zespół Transportu Sanitarnego	1								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Radomsko 97-500 ul. Jagiellońska 36									
telefon/ telefony	44 685 47 16									
Data dodania do wykazu										
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 11 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	Szpital Powiatowy w Radomsku								M	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Radomsko 97-500 ul. Jagiellońska 36									

telefon/ telefony	44 685 47 16								
Data dodania do wykazu									02.11.2020
Data wykreślenia z wykazu									

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 25	140045	katalog realizowanych świadczeń							Poziom zabezpieczenia COViD - 19
nazwa:	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Powiatowy im.Edmunda Biernackiego w Opocznie								I
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Opoczno 26-300 ul. Partyzantów 30								
telefon/ telefony:	44 754 48 04								
identyfikator REGON	000304272								
Miejsce udzielania świadczeń 1 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**
nazwa:	Szpitalny Oddział Ratunkowy								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Opoczno 26-300 ul. Partyzantów 30							X	
telefon/ telefony	44 754 48 42								
Data dodania do wykazu									
Data wykreślenia z wykazu									
Miejsce udzielania świadczeń 2 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**
nazwa:	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Powiatowy im.Edmunda Biernackiego w Opocznie								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Opoczno 26-300 ul. Partyzantów 30								S
telefon/ telefony	723 040 270								
Data dodania do wykazu									
Data wykreślenia z wykazu									
Miejsce udzielania świadczeń 3 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**
nazwa:	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Powiatowy im.Edmunda Biernackiego w Opocznie		X						
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Opoczno 26-300 ul. Partyzantów 30								
telefon/ telefony	44 754 48 04								
Data dodania do wykazu			15.09.2020						
Data wykreślenia z wykazu									

Miejsce udzielania świadczeń 4 *		transport sanitarny **	leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19	izolatorium	teleporada	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań
nazwa:	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Powiatowy im.Edmunda Biernackiego w Opocznie								M
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Opoczno 26-300 ul. Partyzantów 30								
telefon/ telefony	44 754 48 04								
Data dodania do wykazu									10.11.2020
Data wykreślenia z wykazu									

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 26	140050	katalog realizowanych świadczeń	Poziom zabezpieczenia COViD - 19
nazwa:	Powiatowe Centrum Matki i Dziecka w Piotrkowie Trybunalskim		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Piotrków Trybunalski 97-300 ul. Franklina Roosevelta 3		
telefon/ telefony:	44 64 51 115		
identyfikator REGON	000315494		

Miejsce udzielania świadczeń 1 *		transport sanitarny **	leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19	izolatorium	teleporada	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań
nazwa:	Izba Przyjęć							X	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Piotrków Trybunalski 97-300 ul. Franklina Roosevelta 3								
telefon/ telefony	44 64 51 182								
Data dodania do wykazu									
Data wykreślenia z wykazu									

Miejsce udzielania świadczeń 2 *		transport sanitarny **	leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19	izolatorium	teleporada	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań
nazwa:	Powiatowe Centrum Matki i Dziecka w Piotrkowie Trybunalskim								S
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Piotrków Trybunalski ul. POW 13/ ul. Grota Roweckiego (namiot przy dworcu PKS)								
telefon/ telefony	790 801 720, 667 777 519								
Data dodania do wykazu									
Data wykreślenia z wykazu									30.09.2020

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 27	140257	katalog realizowanych świadczeń	Poziom zabezpieczenia COViD - 19
nazwa:	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Kodrębie		

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kodrąb 97-512 ul. Niepodległości 25
telefon/ telefony:	44 681 93 29
identyfikator REGON	100051827

Miejsce udzielania świadczeń 1 *		transport sanitarny **	leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19	izolatorium	teleporada	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań
nazwa:	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Kodrębie				X				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kodrąb 97-512 ul. Niepodległości 25								
telefon/ telefony	44 681 93 29								
Data dodania do wykazu									
Data wykreślenia z wykazu									

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 28	200100	katalog realizowanych świadczeń	Poziom zabezpieczenia COViD - 19
nazwa:	DAVITA Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Wrocław 54-202, ul. Legnicka 48 bud. F		
telefon/ telefony:	71 342 98 50		
identyfikator REGON	145884498		

Miejsce udzielania świadczeń 1 *		transport sanitarny **	leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19	izolatorium	teleporada	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań
nazwa:	Stacja Dializ		X						
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Zgierz 95-100 ul. Parzęczewska 35								
telefon/ telefony	42 714 44 40								
Data dodania do wykazu			15.09.2020						
Data wykreślenia z wykazu			18.01.2021						

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 29	209234	katalog realizowanych świadczeń	Poziom zabezpieczenia COViD - 19
nazwa:	American Heart of Poland Spółka Akcyjna		II / III
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Ustroń 43-450 ul. Sanatoryjna		
telefon/ telefony:	32 76 04 600		
identyfikator REGON	072347621		

Miejsce udzielania świadczeń 1 *		transport sanitarny **	leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19	izolatorium	teleporada	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań	Poziom zabezpieczenia COViD - 19

nazwa:	Zgierskie Centrum Kardiologii Med - Pro Polsko-Amerykańskich Klinik Serca		X							II
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Zgierz 95-100 ul. Parzęczewska 35									
telefon/ telefony	42 231 47 10									
Data dodania do wykazu			05.11.2020							
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 2 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	**Poziom zabezpieczenia COViD - 19**
nazwa:	Kardiologia inwazyjna		X							III
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Zgierz 95-100 ul. Parzęczewska 35									
telefon/ telefony	42 231 47 10									
Data dodania do wykazu			15.09.2020							
Data wykreślenia z wykazu										

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 30	**210005**	**katalog realizowanych świadczeń**								**Poziom zabezpieczenia COViD - 19**
nazwa:	Salve Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością Spółka Komandytowa									III
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	90-420 Łódź ul. Andrzeja Struga 3									
telefon/ telefony:	42 633 78 01, 42 633 56 61									
identyfikator REGON	472181467									
Miejsce udzielania świadczeń 1 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	Izba przyjęć							X		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	91-211 Łódź ul. Szparagowa 10									
telefon/ telefony	42 639 87 11									
Data dodania do wykazu										
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 2 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	Oddział ginekologiczno-położniczy		X							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	91-211 Łódź ul. Szparagowa 10									
telefon/ telefony	42 254 64 64									
Data dodania do wykazu			03.11.2020							
Data wykreślenia z wykazu										

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 31	210021	rodzaj realizowanych świadczeń							Poziom zabezpieczenia COViD - 19
nazwa:	Szpital Zakonu Bonifratrów św.Jana Bożego w Łodzi Sp. z o.o.								I
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr	Łódź 93-357 ul. Kosynierów Gdyńskich 61								
telefon/ telefony:	42 68 55 163								
identyfikator REGON	100771970								
Miejsce udzielania świadczeń 1 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**
nazwa:	Izba Przyjęć							X	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr	Łódź 93-357 ul. Kosynierów Gdyńskich 61								
telefon/ telefony	42 68 55 132								
Data dodania do wykazu									
Data wykreślenia z wykazu									
Miejsce udzielania świadczeń 2 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**
nazwa:	Szpital Zakonu Bonifratrów św.Jana Bożego w Łodzi Sp. z o.o.		X						
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr	Łódź 93-357 ul. Kosynierów Gdyńskich 61								
telefon/ telefony	42 68 55 163								
Data dodania do wykazu			15.09.2020						
Data wykreślenia z wykazu									
Miejsce udzielania świadczeń 3 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**
nazwa:	Szpital Zakonu Bonifratrów św.Jana Bożego w Łodzi Sp. z o.o.								S
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 93-357 ul. Kosynierów Gdyńskich 61								
telefon/ telefony	42 685 50 60								
Data dodania do wykazu									15.09.2020
Data wykreślenia z wykazu									

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 32	210084	katalog realizowanych świadczeń							Poziom zabezpieczenia COViD - 19
nazwa:	Pabianickie Centrum Medyczne Sp. z o.o.								I
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Pabianice 95-200 ul. Jana Pawła II 68								
telefon/ telefony:	42 225 35 03								
identyfikator REGON	100682491								
Miejsce udzielania świadczeń 1 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**

nazwa:	Szpitalny Oddział Ratunkowy								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Pabianice 95-200 ul. Jana Pawła II 68							X	
telefon/ telefony	42 225 36 22								
Data dodania do wykazu									
Data wykreślenia z wykazu									
Miejsce udzielania świadczeń 2 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**
nazwa:	Pabianickie Centrum Medyczne Sp. z o.o.								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Pabianice 95-200 ul. Jana Pawła II 68		X						
telefon/ telefony	42 225 35 03								
Data dodania do wykazu			2021-01-08						
Data wykreślenia z wykazu									

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 33	**210362**	**katalog realizowanych świadczeń**							**Poziom zabezpieczenia COViD - 19**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Gabinety Lekarskie Spółka Partnerska Lekarzy Dynowscy, Pietruszka, Olszewicz								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	91-427 Łódź ul. Kamińskiego 7/9								
telefon/ telefony:	42 634 14 80								
identyfikator REGON	472884022								
Miejsce udzielania świadczeń 1 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Gabinety Lekarskie Spółka Partnerska Lekarzy Dynowscy, Pietruszka, Olszewicz				X				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	91-427 Łódź ul. Kamińskiego 7/9								
telefon/ telefony	42 634 14 80								
Data dodania do wykazu									
Data wykreślenia z wykazu									

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 34	**210484**	**katalog realizowanych świadczeń**	**Poziom zabezpieczenia COViD - 19**
nazwa:	PULS-MED S.C. URSZULA BUDZISZEWSKA, BEATA CYDEJKO-SOBCZAK, RENATA KOWALSKA-GRABOWICZ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Pabianice 95-200 ul. Wspólna 14		
telefon/ telefony:	42 215 52 98		

identyfikator REGON	10031291400029								
Miejsce udzielania świadczeń 1 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**
nazwa:	PULS-MED S.C. URSZULA BUDZISZEWSKA, BEATA CYDEJKO-SOBCZAK, RENATA KOWALSKA-GRABOWICZ				X				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Pabianice 95-200 ul. św. Rocha 8								
telefon/ telefony	42 215 52 98								
Data dodania do wykazu									
Data wykreślenia z wykazu									

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 35	**210540**	**rodzaj realizowanych świadczeń**							**Poziom zabezpieczenia COViD - 19**
nazwa:	Powiatowe Centrum Zdrowia W Brzezinach-Spółka z o.o.								I
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Brzeziny 95-060 ul. M. Skłodowskiej-Curie 6								
telefon/ telefony:	46 874 28 00								
identyfikator REGON	100576369								
Miejsce udzielania świadczeń 1 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**
nazwa:	Szpitalny Oddział Ratunkowy								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Brzeziny 95-060 ul. M. Skłodowskiej-Curie 6							X	
telefon/ telefony	46 874 20 02								
Data dodania do wykazu									
Data wykreślenia z wykazu									
Miejsce udzielania świadczeń 2 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**
nazwa:	Powiatowe Centrum Zdrowia W Brzezinach-Spółka z o.o.								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Brzeziny 95-060 ul. M. Skłodowskiej-Curie 6		X						
telefon/ telefony	46 874 28 00								
Data dodania do wykazu			15.01.2021						
Data wykreślenia z wykazu									
Miejsce udzielania świadczeń 3 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**
nazwa:	Powiatowe Centrum Zdrowia W Brzezinach-Spółka z o.o.								

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Brzeziny 95-060 ul. Bohaterów Warszawy 2								S
telefon/ telefony	46 874 77 74								
Data dodania do wykazu									21.09.2020
Data wykreślenia z wykazu									

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 36	210690	katalog realizowanych świadczeń							Poziom zabezpieczenia COViD - 19
nazwa:	Le-Med Paweł Lewek								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 94-035 ul. Bratysławska 8A								
telefon/ telefony:	504509700								
identyfikator REGON	101853279								
Miejsce udzielania świadczeń 1 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**
nazwa:	Le-Med Paweł Lewek								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 94-035 ul. Bratysławska 8A				X				
telefon/ telefony	504509700								
Data dodania do wykazu									
Data wykreślenia z wykazu									

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 37	210706	katalog realizowanych świadczeń							Poziom zabezpieczenia COViD - 19
nazwa:	Salve Medica Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością Spółka Komandytowa								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	95-060 Brzeziny ul. św. Anny 62								
telefon/ telefony:	42 254 64 00								
identyfikator REGON	101297170								
Miejsce udzielania świadczeń 1 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**
nazwa:	Izba przyjęć								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	91-211 Łódź ul. Szparagowa 10							X	
telefon/ telefony	42 254 64 00								
Data dodania do wykazu									
Data wykreślenia z wykazu									
Miejsce udzielania świadczeń 2 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**

nazwa:	Salve Medica Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością Spółka Komandytowa								S
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	91-211 Łódź ul. Szparagowa 10								
telefon/ telefony	42 254 64 90								
Data dodania do wykazu									21.09.2020
Data wykreślenia z wykazu									

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 38	210787	katalog realizowanych świadczeń							Poziom zabezpieczenia COViD - 19
nazwa:	Centrum Medyczne OLMED spółka z ograniczoną odpowiedzialnością sp.k.								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 92-439, ul. Jagienki								
telefon/ telefony:	501 867 362								
identyfikator REGON	383091431								
Miejsce udzielania świadczeń 1 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**
nazwa:	Centrum Medyczne OLMED spółka z ograniczoną odpowiedzialnością sp.k.								S
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 92-439, ul. Jagienki								
telefon/ telefony	501 867 362								
Data dodania do wykazu									1.10.2020
Data wykreślenia z wykazu									
Miejsce udzielania świadczeń 2 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**
nazwa:	Centrum Medyczne OLMED spółka z ograniczoną odpowiedzialnością sp.k.								S
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Konstantynów Łódzki 95-050, ul. Piłsudskiego 4,								
telefon/ telefony	690 432 842								
Data dodania do wykazu									27.10.2020
Data wykreślenia z wykazu									

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 39	210802	katalog realizowanych świadczeń	Poziom zabezpieczenia COViD - 19
nazwa:	Centrum Medycyny Klinicznej i Estetycznej DiMedical Sp. z o.o. Karol Majewski - Laboratorium Medyczne		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 90-626, ul. Żeromskiego 52		
telefon/ telefony:	508 247 286		
identyfikator REGON	382561679		

Miejsce udzielania świadczeń 1 *		transport sanitarny **	leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19	izolatorium	teleporada	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań
nazwa:	Centrum Medycyny Klinicznej i Estetycznej DiMedical Sp. z o.o. Karol Majewski - Laboratorium Medyczne								S
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 90-626, ul. Żeromskiego 52								
telefon/ telefony	508 247 286								
Data dodania do wykazu									1.10.2020
Data wykreślenia z wykazu									

Miejsce udzielania świadczeń 2 *		transport sanitarny **	leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19	izolatorium	teleporada	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań
nazwa:	Centrum Medycyny Klinicznej i Estetycznej DiMedical Sp. z o.o. Karol Majewski - Laboratorium Medyczne								S
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 90-702, ul.Legionów 40/19								
telefon/ telefony	607 705 607								
Data dodania do wykazu									21.10.2020
Data wykreślenia z wykazu									21.12.2020

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 40	210843	rodzaj realizowanych świadczeń	Poziom zabezpieczenia COViD - 19
nazwa:	Szpital Głowno Grupa Zdrowie Spółka z o.o.		II
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Głowno 95-015 ul. Wojska Polskiego 32/34		
telefon/ telefony:	42 719 64 60		
identyfikator REGON	369413638		

Miejsce udzielania świadczeń 1 *		transport sanitarny **	leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19	izolatorium	teleporada	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań
nazwa:	Izba Przyjęć								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Głowno 95-015 ul. Wojska Polskiego 32/34							X	
telefon/ telefony	42 719 64 60								
Data dodania do wykazu									
Data wykreślenia z wykazu									

Miejsce udzielania świadczeń 2 *		transport sanitarny **	leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19	izolatorium	teleporada	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań
nazwa:	Szpital Głowno Grupa Zdrowie Spółka z o.o.								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Głowno 95-015 ul. Wojska Polskiego 32/34		X						
telefon/ telefony	42 719 64 60								

Data dodania do wykazu			16.11.2020						
Data wykreślenia z wykazu									

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 41	220003	katalog realizowanych świadczeń							Poziom zabezpieczenia COViD - 19
nazwa:	Zduńskowolski Szpital Powiatowy Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością								II / III
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Zduńska Wola 98-220 ul. Królewska 29								
telefon/ telefony:	43 824 41 47								
identyfikator REGON	000312515								
Miejsce udzielania świadczeń 1 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**
nazwa:	Izba Przyjęć								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Zduńska Wola 98-220 ul. Królewska 29							X	
telefon/ telefony	43 824 41 25								
Data dodania do wykazu									
Data wykreślenia z wykazu									
Miejsce udzielania świadczeń 2 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**
nazwa:	Zduńskowolski Szpital Powiatowy Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Zduńska Wola 98-220 ul. Królewska 29		X						
telefon/ telefony	43 824 41 47								
Data dodania do wykazu			10.11.2020						
Data wykreślenia z wykazu									
Miejsce udzielania świadczeń 3 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**
nazwa:	Oddział Ginekologiczno-Położniczy								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Zduńska Wola 98-220 ul. Królewska 29		X						
telefon/ telefony	43 824 41 47								
Data dodania do wykazu			28.12.2020						
Data wykreślenia z wykazu									

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 42	220333	katalog realizowanych świadczeń	Poziom zabezpieczenia COViD - 19
nazwa:	Powiatowe Centrum Medyczne Sp. z.o.o. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Powiatowy		

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Wieruszów 98-400 ul. Warszawska 104								I
telefon/ telefony:	62 78 45 502								
identyfikator REGON	100540800								
Miejsce udzielania świadczeń 1 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**
nazwa:	Izba Przyjęć								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Wieruszów 98-400 ul. Warszawska 104							X	
telefon/ telefony	62 78 45 526								
Data dodania do wykazu									
Data wykreślenia z wykazu									
Miejsce udzielania świadczeń 2 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**
nazwa:	Powiatowe Centrum Medyczne Sp. z.o.o. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Powiatowy		X						
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Wieruszów 98-400 ul. Warszawska 104								
telefon/ telefony	62 78 45 502								
Data dodania do wykazu			2021-01-08						
Data wykreślenia z wykazu									
Miejsce udzielania świadczeń 3 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**
nazwa:	Powiatowe Centrum Medyczne Sp. z.o.o. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Powiatowy								S
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Wieruszów 98-400 ul. Warszawska 104								
telefon/ telefony	519 062 515								
Data dodania do wykazu									1.10.2020
Data wykreślenia z wykazu									

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 43	**220338**	**katalog realizowanych świadczeń**							**Poziom zabezpieczenia COViD - 19**
nazwa:	Poddębickie Centrum Zdrowia Sp. z o.o.								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Poddębice 99-200 ul. Mickiewicza 16								I
telefon/ telefony:	43 82 88 250								
identyfikator REGON	101075971								
Miejsce udzielania świadczeń 1 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**

nazwa:	Szpitalny Oddział Ratunkowy								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Poddębice 99-200 ul. Mickiewicza 16							X	
telefon/ telefony	43 82 88 250								
Data dodania do wykazu									
Data wykreślenia z wykazu									
Miejsce udzielania świadczeń 2 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**
nazwa:	Poddębickie Centrum Zdrowia Sp. z o.o.								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Poddębice 99-200 ul. Mickiewicza 16		X						
telefon/ telefony	43 82 88 250								
Data dodania do wykazu			12.12.2020						
Data wykreślenia z wykazu									

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 44	**220350**	**rodzaj realizowanych świadczeń**							**Poziom zabezpieczenia COViD - 19**
nazwa:	Szpitale Powiatowe Spółka z o.o.								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łask 98-100 ul Warszawska 62A								II
telefon/ telefony:	43 67 55 555								
identyfikator REGON	240254246								
Miejsce udzielania świadczeń 1 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**
nazwa:	Izba Przyjęć								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łask 98-100 ul Warszawska 62A							X	
telefon/ telefony	43 67 55 555								
Data dodania do wykazu									
Data wykreślenia z wykazu									
Miejsce udzielania świadczeń 2 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**
nazwa:	Szpitale Powiatowe Spółka z o.o.								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łask 98-100 ul Warszawska 62A		X						
telefon/ telefony	43 67 55 555								
Data dodania do wykazu			10.11.2020						
Data wykreślenia z wykazu									

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 45	**230160**	**rodzaj realizowanych świadczeń**	**Poziom zabezpieczenia COViD - 19**

nazwa:	"Kutnowski Szpital Samorządowy" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością									II
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kutno 99-300 ul. Kościuszki 52									
telefon/ telefony:	24 388 02 02									
identyfikator REGON	100974785									
Miejsce udzielania świadczeń 1 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	Szpitalny Oddział Ratunkowy									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kutno 99-300 ul. Kościuszki 52							**X**		
telefon/ telefony	24 388 02 33									
Data dodania do wykazu										
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 2 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	"Kutnowski Szpital Samorządowy" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kutno 99-300 ul. Kościuszki 52								**S**	
telefon/ telefony	607 031 947									
Data dodania do wykazu										
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 3 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	"Kutnowski Szpital Samorządowy" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kutno 99-300 ul. Kościuszki 52		**X**							
telefon/ telefony	24 388 02 02									
Data dodania do wykazu			30.10.2020							
Data wykreślenia z wykazu										

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 46	**230213**	**katalog realizowanych świadczeń**	**Poziom zabezpieczenia COViD - 19**
nazwa:	Przychodnia Rawka		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Skierniewice 96-100 ul. Stanisława Domarasiewicza 3/5		
telefon/ telefony:	46 814 20 95		
identyfikator REGON	101277226		

Miejsce udzielania świadczeń 1 *		transport sanitarny **	leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19	izolatorium	teleporada	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań
nazwa:	Przychodnia Rawka								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Skierniewice 96-100 ul. Stanisława Domarasiewicza 3/5				X				
telefon/ telefony	46 814 20 95								
Data dodania do wykazu									
Data wykreślenia z wykazu									

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 47	240060	rodzaj realizowanych świadczeń	Poziom zabezpieczenia COViD - 19
nazwa:	Tomaszowskie Centrum Zdrowia Spółka z o.o		II / III
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Tomaszów Mazowiecki 97-200 ul. Jana Pawła II 35		
telefon/ telefony:	44 725 71 34		
identyfikator REGON	100558733		

Miejsce udzielania świadczeń 1 *		transport sanitarny **	leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19	izolatorium	teleporada	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań	Poziom zabezpieczenia COViD - 19
nazwa:	Tomaszowskie Centrum Zdrowia Spółka z o.o									II
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Tomaszów Mazowiecki 97-200 ul. Jana Pawła II 35		X	X						
telefon/ telefony	44 725 71 73									
Data dodania do wykazu			15.09.2020	02.11.2020						
Data wykreślenia z wykazu				11.12.2020						

Miejsce udzielania świadczeń 2 *		transport sanitarny **	leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19	izolatorium	teleporada	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań	Poziom zabezpieczenia COViD - 19
nazwa:	Oddział Psychiatryczny									III
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Tomaszów Mazowiecki 97-200 ul. Jana Pawła II 35		X							
telefon/ telefony	44 725 72 05									
Data dodania do wykazu			10.10.2020							
Data wykreślenia z wykazu										

Miejsce udzielania świadczeń 3 *		transport sanitarny **	leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19	izolatorium	teleporada	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań
nazwa:	Zespół Transportu Sanitarnego								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Tomaszów Mazowiecki 97-200 ul. Jana Pawła II 35	1							
telefon/ telefony	44 725 71 34								
Data dodania do wykazu									
Data wykreślenia z wykazu									

Miejsce udzielania świadczeń 4 *		transport sanitarny **	leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19	izolatorium	teleporada	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań
nazwa:	Szpitalny Oddział Ratunkowy							X	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Tomaszów Mazowiecki 97-200 ul. Jana Pawła II 35								
telefon/ telefony	44 725 71 60								
Data dodania do wykazu									
Data wykreślenia z wykazu									

Miejsce udzielania świadczeń 5 *		transport sanitarny **	leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19	izolatorium	teleporada	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań
nazwa:	Tomaszowskie Centrum Zdrowia Spółka z o.o								S
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Tomaszów Mazowiecki 97-200 ul. Jana Pawła II 35								
telefon/ telefony	44 724 08 07; 667 953 966								
Data dodania do wykazu									
Data wykreślenia z wykazu									

Miejsce udzielania świadczeń 6 *		transport sanitarny **	leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19	izolatorium	teleporada	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań
nazwa:	Tomaszowskie Centrum Zdrowia Spółka z o.o								M
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Tomaszów Mazowiecki 97-200 ul. Jana Pawła II 35								
telefon/ telefony	44 725 72 37								
Data dodania do wykazu									03.11.2020
Data wykreślenia z wykazu									

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 48	240110	rodzaj realizowanych świadczeń	Poziom zabezpieczenia COViD - 19
nazwa:	Specjalistyczny Szpital Onkologiczny NU-MED Spółka z o.o.		I
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Tomaszów Mazowiecki 97-200 ul.Jana Pawła II 35		
telefon/ telefony:	55 239 58 53		
identyfikator REGON	146486475		

Miejsce udzielania świadczeń 1 *		transport sanitarny **	leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19	izolatorium	teleporada	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań
nazwa:	Izba Przyjęć							X	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Tomaszów Mazowiecki 97-200 ul.Jana Pawła II 35								
telefon/ telefony	44 786 81 50								
Data dodania do wykazu									
Data wykreślenia z wykazu									

Miejsce udzielania świadczeń 2 *		transport sanitarny **	leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19	izolatorium	teleporada	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań
nazwa:	Specjalistyczny Szpital Onkologiczny NU-MED Spółka z o.o.		X						
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Tomaszów Mazowiecki 97-200 ul.Jana Pawła II 35								
telefon/ telefony	55 239 58 53								
Data dodania do wykazu			15.09.2020						
Data wykreślenia z wykazu									

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 49	209036	rodzaj realizowanych świadczeń	Poziom zabezpieczenia COViD - 19
nazwa:	SOL Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością spółka komandytowa		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Uniejów 99-210 ul. Zamkowa 7		
telefon/ telefony:	63 288 89 59		
identyfikator REGON	120536549		

Miejsce udzielania świadczeń 1 *		transport sanitarny **	leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19	izolatorium	teleporada	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań
nazwa:	SANATORIUM "UZDROWISKO UNIEJÓW PARK"			X					
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Uniejów 99-210 ul. Zamkowa 7								
telefon/ telefony	600 209 246								
Data dodania do wykazu				10.11.2020					
Data wykreślenia z wykazu				11.12.2020					

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 50	240309	rodzaj realizowanych świadczeń	Poziom zabezpieczenia COViD - 19
nazwa:	AMICUS-MED R.W.SZYMAŃSCY SPÓŁKA JAWNA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	97-320 Wolburz, ul. Sportowa 32/34		
telefon/ telefony:	44 615 50 07		
identyfikator REGON	101632549		

Miejsce udzielania świadczeń 1 *		transport sanitarny **	leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19	izolatorium	teleporada	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań
nazwa:	AMICUS-MED R.W.SZYMAŃSCY SPÓŁKA JAWNA								
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	97-320 Wolburz, ul. Sportowa 32/34								M
telefon/ telefony	44 615 50 07								
Data dodania do wykazu									12.11.2020
Data wykreślenia z wykazu									

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 51	200099	rodzaj realizowanych świadczeń								Poziom zabezpieczenia COViD - 19
nazwa:	SCANMED SPÓŁKA AKCYJNA									II
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	03-715 Warszawa, ul. Stefana Okrzei 1a									
telefon/ telefony:	243575300									
identyfikator REGON	351618159									
Miejsce udzielania świadczeń 1 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	CENTRUM KARDIOLOGII SCANMED W KUTNIE		X							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	99-300 Kutno, ul. Kościuszki 52									
telefon/ telefony	44 615 50 07									
Data dodania do wykazu			09.11.2020							
Data wykreślenia z wykazu										
Miejsce udzielania świadczeń 2 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	CENTRUM KARDIOLOGII SCANMED W TOMASZOWIE MAZOWIECKIM		X							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	97-200 Tomaszów Mazowiecki, ul. Jana Pawła II 35									
telefon/ telefony	447865110									
Data dodania do wykazu			16.11.2020							
Data wykreślenia z wykazu										

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 52	210767	katalog realizowanych świadczeń								Poziom zabezpieczenia COViD - 19
nazwa:	Centrum Diagnostyki Laboratoryjnej									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	90-244 Łódź, ul. Jaracza 85									
telefon/ telefony:	519 062 500									
identyfikator REGON	472053806									
Miejsce udzielania świadczeń 1 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	Centrum Diagnostyki Laboratoryjnej								S	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	90-244 Łódź, ul. Jaracza 85									
telefon/ telefony	504 055 002									
Data dodania do wykazu									26.10.2020	
Data wykreślenia z wykazu									21.12.2020	

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 53	230180	rodzaj realizowanych świadczeń								Poziom zabezpieczenia COViD - 19
nazwa:	DERMEX Sp. z o.o.									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kutno 99-300 ul. Henryka Sienkiewicza 16									
telefon/ telefony:	798 835 847									
identyfikator REGON	101073788									
Miejsce udzielania świadczeń 1 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**teleporada**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	Centrum Medyczne DERMEX									
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kutno 99-300 ul. Łąkoszyńska 66								**S**	
telefon/ telefony	798 835 847									
Data dodania do wykazu									17.11.2020	
Data wykreślenia z wykazu									21.12.2020	

* w odniesieniu do transportu sanitarnego rozumiane jako miejsce stacjonowania zespołu

** liczba zespołów w danym miejscu

*** data dodania lub wykreślenia wskazana jest począwszy od dnia 15.09.2020 r.

M, S - w odniesieniu do punktu pobrań informacja, czy mobilny zespół wyjazdowy (M), czy stacjonarny (S)

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

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

Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń RTM	**X**
Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń PDT	**X**
Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń PILOTAŻ	**X**
Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie karty DILO	**X**

Wykaz - Porady lekarskie udzielane na rzecz pacjenta z dodatnim wynikiem testu diagnostycznego w kierunku SARS-CoV-2

Podmiot wykonujący działalność leczniczą	rodzaj realizowanych świadczeń
	świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń
Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń POZ	X
Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń SZP	X
Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń AOS	X

Wykaz - Wykonanie testu antygenowego na obecność wirusa SARS-CoV-2

Podmiot wykonujący działalność leczniczą	rodzaj realizowanych świadczeń
	świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń
Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń SZP	X
Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń RTM	X
Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń POZ	X

Wykaz - Kwalifikacja do programu Domowa Opieka Medyczna

Podmiot wykonujący działalność leczniczą	rodzaj realizowanych świadczeń
	świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń
Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń POZ	X

Wykaz podmiotów wykonujących działalność leczniczą realizujących szczepienia przeciw COVID-19

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 1	**110005**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Specjalistyczny Psychiatryczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Łodzi		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 91-229 ul.Aleksandrowska 159		
telefon/ telefony:	42 65 29 639		
identyfikator REGON	000297187		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Specjalistyczny Psychiatryczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Łodzi	**P**	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 91-229 ul.Aleksandrowska 159		
telefon/ telefony	601737129		
Data dodania do wykazu		28.12.2020	
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 2	**110006**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Instytut Centrum Zdrowia Matki Polki		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 93-338 ul.Rzgowska 281/289		
telefon/ telefony:	42 271 10 00		
identyfikator REGON	471610127		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Instytut Centrum Zdrowia Matki Polki	**W**	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 93-338 ul.Rzgowska 281/289		

telefon/ telefony	42 271 17 41		
Data dodania do wykazu		23.12.2020	
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Zakład Medycyny Rodzinnej		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 93-338 ul.Rzgowska 281/289		
telefon/ telefony	422711254		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 3	**110007**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	MIEJSKI ZESPÓŁ PRZYCHODNI REJONOWYCH W ZGIERZU		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Zgierz 95-100 Łęczycka 24a		
telefon/ telefony:	42 716 41 61		
identyfikator REGON	470871759		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Przychodnia Rejonowa nr 4		**2**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ZGIERZ 95-100 Leopolda Staffa 10		
telefon/ telefony	517809443 506766926 506766851 506233668		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 4	**110009**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Miejskie Centrum Medyczne im. dr.Karola Jonschera w Łodzi		

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 93-113 ul.Milionowa 14		
telefon/ telefony:	42 676 17 90		
identyfikator REGON	472237185		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Miejskie Centrum Medyczne im. dr.Karola Jonschera w Łodzi	**W**	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 93-113 ul.Milionowa 14		
telefon/ telefony	42 676 17 90		
Data dodania do wykazu		23.12.2020	
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Przychodnia Lecznicza - Przychodnia Podstawowej Opieki Zdrowotnej		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 93-173 Lecznicza 6		
telefon/ telefony	422565100		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 5	**110013**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Marii Skłodowskiej - Curie w Zgierzu		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Zgierz 95-100 ul.Parzęczewska 35		
telefon/ telefony:	42 716 37 12		
identyfikator REGON	000677636		

Miejsce udzielania świadczeń 1		szczepienie personelu *	liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Marii Skłodowskiej - Curie w Zgierzu	W	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Zgierz 95-100 ul.Parzęczewska 35		
telefon/ telefony	42 716 37 12		
Data dodania do wykazu		23.12.2020	
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Przychodnia Podstawowej Opieki Zdrowotnej		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Zgierz 95-100 Parzęczewska 35		
telefon/ telefony	427144214		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 6	**110014**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	SP ZOZ Uniwersytecki Szpital Kliniczny im.Wojskowej Akademii Medycznej UM w Łodzi - Centralny Szpital Weteranów		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	90-549 Łódź ul. Stefana Żeromskiego 113		
telefon/ telefony:	42 639 35 99		
identyfikator REGON	471208164		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	SP ZOZ Uniwersytecki Szpital Kliniczny im.Wojskowej Akademii Medycznej UM w Łodzi - Centralny Szpital Weteranów	W	

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	90-549 Łódź ul. Stefana Żeromskiego 113	W	
telefon/ telefony	42 639 34 22		
Data dodania do wykazu		23.12.2020	
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 7	**110016**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Wojewódzki Specjalistyczny Szpital im. dr Wł. Biegańskiego		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 91-347 ul. gen. Karola Kniaziewicza 1/5		
telefon/ telefony:	42 251 60 59		
identyfikator REGON	471219736		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Wojewódzki Specjalistyczny Szpital im. dr Wł. Biegańskiego	**W**	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 91-347 ul. gen. Karola Kniaziewicza 1/5		
telefon/ telefony	42 251 60 59		
Data dodania do wykazu		23.12.2020	
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Wojewódzki Specjalistyczny Szpital im. dr Wł. Biegańskiego		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 91-347 ul. gen. Karola Kniaziewicza 1/5		
telefon/ telefony	422516249		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			

Miejsce udzielania świadczeń 3		szczepienie personelu *	liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Punkt Szczepień - Szpital Rezerwowy		3
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 93-590 ul. Aleje Politechniki		
telefon/ telefony	42 251 62 77		
Data dodania do wykazu			15.01.2021
Data wykreślenia z wykazu			

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 8	110018	szczepienie personelu	szczepienie populacyjne
nazwa:	Instytut Medycyny Pracy im. Prof. Dr med. Jerzego Nofera		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 91-348 ul. Świętej Teresy od Dzieciątka Jezus 8		
telefon/ telefony:	42 63 14 502		
identyfikator REGON	000288538		

Miejsce udzielania świadczeń 1		szczepienie personelu *	liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Instytut Medycyny Pracy im. Prof. Dr med. Jerzego Nofera	W	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 91-348 ul. Świętej Teresy od Dzieciątka Jezus 8		
telefon/ telefony	42 631 45 02		
Data dodania do wykazu		23.12.2020	
Data wykreślenia z wykazu			

Miejsce udzielania świadczeń 2		szczepienie personelu *	liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Instytut Medycyny Pracy im. Prof. Dr med. Jerzego Nofera		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 91-348 ul. Świętej Teresy od Dzieciątka Jezus 8		

telefon/ telefony	426314776		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 9	**110019**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	GMINNY ZESPÓŁ OŚRODKÓW ZDROWIA GMINY OZORKÓW		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SOKOLNIKI-PARCELA 95-035 5		
telefon/ telefony:	42 710 12 24		
identyfikator REGON	470955500		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Gminny Zespół Ośrodków Zdrowia		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Sokolniki Parcela 95-035 - 5		
telefon/ telefony	427101224		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 10	**110023**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	CENTRUM MEDYCZNE IM. DR LUDWIKA RYDYGIERA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 90-408 dr. Adama Próchnika 11		
telefon/ telefony:	42 633 66 33		
identyfikator REGON	472252285		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia lekarza POZ		

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 90-204 Pomorska 59		**2**
telefon/ telefony	42 632 81 80		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Przychodnia- Śródmieście		**2**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 90-408 Próchnika 11		
telefon/ telefony	42 630 72 21		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 3		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia lekarza POZ		**2**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 90-430 Piotrkowska 113		
telefon/ telefony	42 633 44 71		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 11	**110028**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Łodzi		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 91-425 ul. Północna 42		
telefon/ telefony:	42 634 15 97		
identyfikator REGON	470805076		

Miejsce udzielania świadczeń 1		szczepienie personelu *	liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Łodzi	W	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 91-425 ul. Północna 42		
telefon/ telefony	42 634 15 97		
Data dodania do wykazu		23.12.2020	
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Łodzi		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 91-425 ul. Północna 42		
telefon/ telefony	426341164		
Data dodania do wykazu			14.01.2021
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 12	**110029**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	WOJEWÓDZKI OŚRODEK MEDYCYNY PRACY - CENTRUM PROFILAKTYCZNO-LECZNICZE W ŁODZI		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 91-205 Aleksandrowska 61/63		
telefon/ telefony:	42 272 19 00		
identyfikator REGON	000294289		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Międzyzakładowy Ośrodek Medycyny Pracy		

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 90-349 ks. bp. Wincentego Tymienieckiego 18		**1**
telefon/ telefony	42 279 72 79		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Międzyzakładowy Ośrodek Medycyny Pracy		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 90-507 Gdańska 117a		
telefon/ telefony	42 636 53 55		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 3		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Międzyzakładowy Ośrodek Medycyny Pracy		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 91-205 Aleksandrowska 61/63		
telefon/ telefony	42 272 78 01		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 4		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Międzyzakładowy Ośrodek Medycyny Pracy		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 92-318 marsz. Józefa Piłsudskiego 133B		
telefon/ telefony	42 279 73 25		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 13	**110031**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**

nazwa:	GMINNY OŚRODEK ZDROWIA W PARZĘCZEWIE		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Parzęczew 95-045 Południowa 1A		
telefon/ telefony:	42 718 64 22		
identyfikator REGON	472012575		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	GMINNY OŚRODEK ZDROWIA W PARZĘCZEWIE		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Parzęczew 95-045 Południowa 1A		
telefon/ telefony	427186023		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 14	**110032**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	MIEJSKIE CENTRUM MEDYCZNE "BAŁUTY" W ŁODZI		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 91-036 Bydgoska 17/21		
telefon/ telefony:	42 657 69 83		
identyfikator REGON	000313319		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	MIEJSKIE CENTRUM MEDYCZNE "BAŁUTY" W ŁODZI		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 91-024 Wielkopolska 55		
telefon/ telefony	426516922		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Przychodnia Zdrowia „Marynarska”		

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 91-850 Marynarska 39		**1**
telefon/ telefony	426573563		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 15	**110043**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Wojewódzkie Wielospecjalistyczne Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. Kopernika w Łodzi		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 93-513 ul. Pabianicka 62		
telefon/ telefony:	42 689 50 10		
identyfikator REGON	000295403		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Wojewódzkie Wielospecjalistyczne Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. Kopernika w Łodzi	**W**	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 93-513 ul. Pabianicka 62		
telefon/ telefony	42 689 50 10		
Data dodania do wykazu		23.12.2020	
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 16	**110048**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	MIEJSKIE CENTRUM MEDYCZNE "GÓRNA " W ŁODZI		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 93-252 Alojzego Felińskiego 7		
telefon/ telefony:	42 689 20 81		
identyfikator REGON	472237995		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**

nazwa:	Poradnia Lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 93-252 Alojzego Felińskiego 7		
telefon/ telefony	426892080		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 17	**110050**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W KONSTANTYNOWIE ŁÓDZKIM		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Konstantynów Łódzki 95-050 Sadowa 10		
telefon/ telefony:	42 211 11 30		
identyfikator REGON	472240603		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	"Przychodnia Sadowa"		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Konstantynów Łódzki 95-050 Sadowa 10		
telefon/ telefony	422111066		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 18	**110051**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	GMINNA PRZYCHODNIA ZDROWIA W ANDRESPOLU		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Andrespol 95-020 Rokicińska 125		
telefon/ telefony:	605 145 149		
identyfikator REGON	472225970		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**

nazwa:	GMINNA PRZYCHODNIA ZDROWIA W ANDRESPOLU		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ANDRESPOL 95-020 ROKICIŃSKA 125		
telefon/ telefony	605143145 605145149		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 19	**110053**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	MIEJSKIE CENTRUM MEDYCZNE "POLESIE" W ŁODZI		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 90-557 Andrzeja Struga 86		
telefon/ telefony:	422084853		
identyfikator REGON	000316393		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Przychodnia „Wileńska"		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 94-259 Wileńska 25		
telefon/ telefony	422084510		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Filia Przychodni przy ul. Garnizonowej 38 „Srebrzyńska"		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 94-209 Srebrzyńska 75		
telefon/ telefony	422084460		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			

Miejsce udzielania świadczeń 3		szczepienie personelu *	liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Przychodnia „Garnizonowa"		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 94-224 Garnizonowa 38		
telefon/ telefony	42 20 84 410		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			

Miejsce udzielania świadczeń 4		szczepienie personelu *	liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Przychodnia „Kasprzaka"		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 91-078 Kasprzaka 27		
telefon/ telefony	42 20 84 310		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			

Miejsce udzielania świadczeń 5		szczepienie personelu *	liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Przychodnia „Kusocińskiego"		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 94-054 Kusocińskiego 140a		
telefon/ telefony	422084710		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			

Miejsce udzielania świadczeń 6		szczepienie personelu *	liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Przychodnia „Maratońska"		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 94-007 Maratońska 71		
telefon/ telefony	422084910		
Data dodania do wykazu			30.12.2020

Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 7		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Przychodnia „Olimpijska"		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 94-043 Olimpijska 7A		
telefon/ telefony	422084610		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 8		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Przychodnia „Skłodowskiej - Curie"		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 90-570 Skłodowskiej-Curie 15/17		
telefon/ telefony	42 20 84 110		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 20	**110055**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PABIAN-MED.		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Pabianice 95-200 Jana Kilińskiego 10/12		
telefon/ telefony:	422121931		
identyfikator REGON	000645292		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PABIAN-MED.		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Pabianice 95-200 Jana Kilińskiego 10/12		

telefon/ telefony	500080610		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 21	**110056**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Uniwersytecki Szpital Kliniczny Nr 1 im. Norberta Barlickiego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	90-153 Łódź ul. dr. Stefana Kopcińskiego 22,		
telefon/ telefony:	42 677 66 07		
identyfikator REGON	000288774		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Uniwersytecki Szpital Kliniczny Nr 1 im. Norberta Barlickiego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi	**W**	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	90-153 Łódź ul. dr. Stefana Kopcińskiego 22,		
telefon/ telefony	42 677 68 34		
Data dodania do wykazu		23.12.2020	
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 22	**110057**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	SAMORZĄDOWA PRZYCHODNIA ZDROWIA W TUSZYNIE		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Tuszyn 95-080 Stefana Żeromskiego 24/26		
telefon/ telefony:	42 614 34 00		
identyfikator REGON	590500790		

Miejsce udzielania świadczeń 1		szczepienie personelu *	liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Gabinet Medycyny Rodzinnej		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Tuszyn 95-080 Stefana Żeromskiego 24/26		
telefon/ telefony	426143097		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 23	**110058**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Centralny Szpital Kliniczny Uniwersytetu Medycznego w Łodzi		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 92-213 ul. Pomorska 251		
telefon/ telefony:	42 675 75 29		
identyfikator REGON	472147559		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Centralny Szpital Kliniczny Uniwersytetu Medycznego w Łodzi	W	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 92-213 ul. Pomorska 251		
telefon/ telefony	42 675 75 00		
Data dodania do wykazu		23.12.2020	
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**

nazwa:	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Centralny Szpital Kliniczny Uniwersytetu Medycznego w Łodzi	W	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 92-216 ul. Czechosłowacka 8/10		
telefon/ telefony	42 675 75 00		
Data dodania do wykazu		23.12.2020	
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 3		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Centralny Szpital Kliniczny Uniwersytetu Medycznego w Łodzi	W	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź / 91-738 / Sporna 36/50		
telefon/ telefony	42 675 75 00		
Data dodania do wykazu		23.12.2020	
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 24	**110076**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Wojewódzki Specjalistyczny Szpital im. M. Pirogowa w Łodzi		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 90-531 ul Wólczańska 191/195		
telefon/ telefony:	42 636 83 20		
identyfikator REGON	471658536		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Wojewódzki Specjalistyczny Szpital im. M. Pirogowa w Łodzi		

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 90-531 ul Wólczańska 191/195	W	
telefon/ telefony	42 636 83 20		
Data dodania do wykazu		23.12.2020	
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 25	**110081**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	MIEJSKA PRZYCHODNIA ZDROWIA W OZORKOWIE		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Ozorków 95-035 ul. Stanisława Wigury 1		
telefon/ telefony:	42 710 31 23		
identyfikator REGON	472052310		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt szczepień		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Ozorków 95-035 ul. Stanisława Wigury 1		**1**
telefon/ telefony	508681426		
Data dodania do wykazu			19.01.2021
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 26	**110083**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Aleksandrowie Łódzkim		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Aleksandrów Łódzki 95-070 Marii Skłodowskiej-Curie 1		
telefon/ telefony:	42 712 00 26		
identyfikator REGON	472315086		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Aleksandrowie Łódzkim		

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Aleksandrów Łódzki 95-070 Marii Skłodowskiej-Curie 1		1
telefon/ telefony	427127709		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Filia Przychodni ambulatoryjnej opieki zdrowotnej w Aleksandrowie Łódzkim, Aleksandrów Łódzki ul. Pabianicka 48		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Aleksandrów Łódzki 95-070 Pabianicka 48		
telefon/ telefony	427127709		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 27	**110084**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Miejskie Centrum Terapii i Profilaktyki Zdrowotnej im. Bł. Rafała Chylińskiego w Łodzi		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 92-320 Niciarniana 41		
telefon/ telefony:	42 676 17 34		
identyfikator REGON	470822979		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Miejskie Centrum Terapii i Profilaktyki Zdrowotnej im. Bł. Rafała Chylińskiego w Łodzi		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 92-320 Niciarniana 41		
telefon/ telefony	426761661		
Data dodania do wykazu			30.12.2020

Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 28	**110087**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W KUROWICACH		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kurowice 95-006 Pabianicka 4		
telefon/ telefony:	42 214 00 50		
identyfikator REGON	472366847		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	GMINNA PRZYCHODNIA ZDROWIA W KUROWICACH		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kurowice 95-006 Pabianicka 4		
telefon/ telefony	422140050		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 29	**110088**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	GMINNA PRZYCHODNIA ZDROWIA W RZGOWIE		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Rzgów 95-030 Ogrodowa 11A		
telefon/ telefony:	422141254		
identyfikator REGON	472355200		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	GMINNA PRZYCHODNIA ZDROWIA W RZGOWIE		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Rzgów 95-030 Ogrodowa 11A		
telefon/ telefony	422807555		
Data dodania do wykazu			30.12.2020

Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 30	**110093**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej MEDiKSA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Ksawerów 95-054 Jana Pawła II 27		
telefon/ telefony:	42 215 83 13		
identyfikator REGON	472899064		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej MEDiKSA		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Ksawerów 95-054 Jana Pawła II 27		
telefon/ telefony	422128137		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 31	**110101**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Wojewódzka Stacja Ratownictwa Medycznego w Łodzi		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 91-202 ul. Warecka 2		
telefon/ telefony:	42 636 15 65		
identyfikator REGON	473066188		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Przychodnia Podstawowej Opieki Zdrowotnej		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 90-302 Sienkiewicza 137/141		

telefon/ telefony	426815141		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt Szczepień Covid-19 w Złoczewie		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Złoczew 98-270 ul. Szeroka 17		
telefon/ telefony	511 865 770		
Data dodania do wykazu			14.01.2021
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 32	**110107**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	MIEJSKIE CENTRUM MEDYCZNE "WIDZEW" W ŁODZI		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 92-332 al. Piłsudskiego 157		
telefon/ telefony:	42 674 86 36		
identyfikator REGON	473198814		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Przychodnia "Widzew"		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 92-332 al. Piłsudskiego 157		
telefon/ telefony	501405346		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Przychodnia "Batory"		**2**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 92-504 Elsnera 19		

telefon/ telefony	502326094		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 3		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	MIEJSKIE CENTRUM MEDYCZNE "WIDZEW" W ŁODZI		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 92-524 Sacharowa 21a		
telefon/ telefony	727724937		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 33	**110108**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Wojewódzki Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej Centrum Leczenia Chorób Płuc i Rehabilitacji w Łodzi		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 91-520 ul.Okólna 181		
telefon/ telefony:	42 659 00 11		
identyfikator REGON	473211271		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Wojewódzki Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej Centrum Leczenia Chorób Płuc i Rehabilitacji w Łodzi	**P**	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 91-520 ul.Okólna 181		
telefon/ telefony	42 659 00 11		
Data dodania do wykazu		28.12.2020	
Data wykreślenia z wykazu			

Miejsce udzielania świadczeń 2 *		szczepienie personelu *	liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Wojewódzki Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej Centrum Leczenia Chorób Płuc i Rehabilitacji w Łodzi	P	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Tuszyn 95-080 ul. Szpitalna 5		
telefon/ telefony	42 659 00 11		
Data dodania do wykazu		28.12.2020	
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 34	**110109**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY GMINNY OŚRODEK ZDROWIA W DOBRONIU		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Dobroń 95-082 Sienkiewicza 60		
telefon/ telefony:	436772692		
identyfikator REGON	473266190		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Ośrodek zdrowia		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Dobroń 95-082 Sienkiewicza 60		
telefon/ telefony	436772692		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 35	**110111**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ-GMINNY OŚRODEK ZDROWIA W PETRYKOZACH		

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Petrykozy 95-200 Petrykozy 21		
telefon/ telefony:			
identyfikator REGON	100685093		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Wiejski Ośrodek Zdrowia w Petrykozach		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Pabianice 95-200 Petrykozy 21		
telefon/ telefony	422155015		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 36	**120001**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Szpital Wojewódzki im. Prymasa Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Sieradzu		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Sieradz 98-200 ul. Armii Krajowej 7		
telefon/ telefony:	43 827 54 26		
identyfikator REGON	001129641		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Szpital Wojewódzki im. Prymasa Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Sieradzu	**W**	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Sieradz 98-200 ul. Armii Krajowej 7		
telefon/ telefony	43 827 54 26		
Data dodania do wykazu		23.12.2020	
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**

nazwa:	Szpital Wojewódzki im. Prymasa Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Sieradzu		2
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Sieradz 98-200 ul. Armii Krajowej 7		
telefon/ telefony	438278251		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 37	**120003**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Pajęcznie		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Pajęczno 98-330 ul. 1 Maja 13/15		
telefon/ telefony:	34 311 16 63		
identyfikator REGON	000306526		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Pajęcznie	**W**	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Pajęczno 98-330 ul. 1 Maja 13/15		
telefon/ telefony	34 311 16 63		
Data dodania do wykazu		23.12.2020	
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	SPZOZ w Pajęcznie - Poradnia lekarza poz		**4**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Pajęczno 98-330 Wiśniowa 26		
telefon/ telefony	459595700		
Data dodania do wykazu			19.01.2021

Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 3		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt Szczepień		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Strzelce Wielkie 98-337 ul. Częstochowska 8		
telefon/ telefony	459595065		
Data dodania do wykazu			19.01.2021
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 4		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt Szczepień		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Nowa Brzeźnica 98-331 ul. Kościuszki 1		
telefon/ telefony	459595075		
Data dodania do wykazu			19.01.2021
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 38	**120004**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej Wieluń		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Wieluń 98-300 ul. Szpitalna 16		
telefon/ telefony:	43 840 68 00		
identyfikator REGON	000310143		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej Wieluń	**W**	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Wieluń 98-300 ul. Szpitalna 16		

telefon/ telefony	43 840 68 00		
Data dodania do wykazu		23.12.2020	
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 39	**120012**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	GMINNY OŚRODEK ZDROWIA W BURZENINIE		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Burzenin 98-260 ul. Polna 19		
telefon/ telefony:	43 821 44 44		
identyfikator REGON	101458011		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia lekarza POZ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Burzenin 98-260 ul. Polna 19		**1**
telefon/ telefony	508959571		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 40	**120020**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	GMINNY OŚRODEK ZDROWIA W SIEMKOWICACH		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SIEMKOWICE 98-354 Przedszkolna 4		
telefon/ telefony:	43 841 72 09		
identyfikator REGON	360775386		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	GMINNY OŚRODEK ZDROWIA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SIEMKOWICE 98-354 Przedszkolna 4		**1**
telefon/ telefony	438417209		

Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 41	**120021**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ W SKOMLINIE		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Skomlin 98-346 Trojanowskiego 2		
telefon/ telefony:	43 842 69 89		
identyfikator REGON	730349571		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Ośrodek zdrowia		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Skomlin 98-346 Trojanowskiego 2		
telefon/ telefony	438426989		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 42	**120023**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	GMINNY OŚRODEK ZDROWIA W SĘDZIEJOWICACH		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Sędziejowice 98-160 Wieluńska 8		
telefon/ telefony:	43 677 10 10		
identyfikator REGON	730148499		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	OŚRODEK ZDROWIA W SĘDZIEJOWICACH		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Sędziejowice 98-160 Wieluńska 8		
telefon/ telefony	436771777		

Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 43	**120030**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	HIPOKRATES SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Wróblew 98-285 Wróblew 11		
telefon/ telefony:	43 821 31 19		
identyfikator REGON	730367221		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	PRZYCHODNIA HIPOKRATES		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Wróblew 98-285 Wróblew 11		**1**
telefon/ telefony	438213119		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 44	**120041**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W CZARNOŻYŁACH		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Czarnożyły 98-310 Czarnożyły 191		
telefon/ telefony:	438416222		
identyfikator REGON	730379069		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Przychodnia w Czarnożyłach		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Czarnożyły 98-310 Czarnożyły 191		**1**

telefon/ telefony	438416222		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 45	**120042**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Ostrówek 98-311 Ostrówek 94		
telefon/ telefony:	43 841 50 94		
identyfikator REGON	730969121		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	OŚRODEK ZDROWIA W OSTRÓWKU		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Ostrówek 98-311 Ostrówek 94		
telefon/ telefony	438415094		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 46	**120046**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Samodzielny Publiczny Zakład Podstawowej Opieki Zdrowotnej w Lututowie		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Lututów 98-360 Jana Pawła Stalskiego 8		
telefon/ telefony:	43 871 40 99		
identyfikator REGON	730221173		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Samodzielny Publiczny Zakład Podstawowej Opieki Zdrowotnej w Lututowie		

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Lututów 98-360 Jana Pawła Stalskiego 8		1
telefon/ telefony	438714099		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 47	**120052**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ W KIEŁCZYGŁOWIE		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kiełczygłów 98-358 Tysiąclecia 18		
telefon/ telefony:	43 842 50 23		
identyfikator REGON	730925454		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ W KIEŁCZYGŁOWIE		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kiełczygłów 98-358 Tysiąclecia 18		
telefon/ telefony	438425023		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 48	**120136**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ W BIAŁEJ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Biała-Parcela 98-350 Biała-Parcel 11		
telefon/ telefony:	438419023		
identyfikator REGON	731009073		

Miejsce udzielania świadczeń 1		szczepienie personelu *	liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	OŚRODEK ZDROWIA W BIAŁEJ		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Biała-Parcela 98-350 Biała-Parcel 11		
telefon/ telefony	438419023		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 49	**120154**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Szadku		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Szadek 98-240 Piotrkowska 25		
telefon/ telefony:	43 821 50 09		
identyfikator REGON	731023529		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Szadek 98-240 Piotrkowska 25		
telefon/ telefony	785191171		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 50	**120170**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W DALIKOWIE		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Dalików 99-205 Wschodnia 2		
telefon/ telefony:	43 678 01 90		

identyfikator REGON	731006548		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W DALIKOWIE		**2**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Dalików 99-205 Wschodnia 2		
telefon/ telefony	436780190		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 51	**120217**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY GMINNY OŚRODEK ZDROWIA W SULMIERZYCACH		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Sulmierzyce 98-338 Słoneczna 6		
telefon/ telefony:	44 684 60 36		
identyfikator REGON	590763206		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	OŚRODEK ZDROWIA		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Sulmierzyce 98-338 Słoneczna 6		
telefon/ telefony	446846036		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 52	**120218**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W ZADZIMIU		

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Zadzim 99-232 Zadzim 63		
telefon/ telefony:	436786190		
identyfikator REGON	731029779		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W ZADZIMIU		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Zadzim 99-232 Zadzim 63		
telefon/ telefony	43 678 61 90; 798 262 799; 693 457 018		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 53	**120219**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Samodzielny Publiczny Zakład Podstawowej Opieki Zdrowotnej w Buczku		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Buczek 98-113 Prosta 3		
telefon/ telefony:	436774029		
identyfikator REGON	731031428		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Ośrodek Zdrowia w Buczku		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Buczek 98-113 Prosta 3		
telefon/ telefony	436774029		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 54	**120263**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**

nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ W WODZIERADACH		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Wodzierady 98-105 Wodzierady 17		
telefon/ telefony:	436773311		
identyfikator REGON	731580572		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Ośrodek Zdrowia w Wodzieradach		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Wodzierady 98-105 Wodzierady 17		
telefon/ telefony	436773311		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 55	**120303**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Gminny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Łasku		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łask 98-100 Polna 12		
telefon/ telefony:	436755238		
identyfikator REGON	731656460		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Gminny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Łasku		**3**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łask 98-100 Polna 12		
telefon/ telefony	436763355		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 56	120304	szczepienie personelu	szczepienie populacyjne
nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ W WIDAWIE		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Widawa 98-170 Rynek Kościuszki 11		
telefon/ telefony:	436721017		
identyfikator REGON	731655910		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Gminny Ośrodek Zdrowia w Widawie		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Widawa 98-170 Rynek Kościuszki 11		
telefon/ telefony	43 672 10 17		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 57	**120306**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	GMINNY OŚRODEK ZDROWIA W RZĄŚNI		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Rząśnia 98-332 Waryńskiego 6		
telefon/ telefony:	44 631 77 77		
identyfikator REGON	100041970		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	GMINNY OŚRODEK ZDROWIA W RZĄŚNI		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Rząśnia 98-332 Waryńskiego 6		
telefon/ telefony	518516866		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 58	130001	szczepienie personelu	szczepienie populacyjne
nazwa:	Wojewódzki Szpital Zespolony im. Stanisława Rybickiego w Skierniewicach		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Skierniewice 96-100 ul. dr. Stanisława Rybickiego 1		
telefon/ telefony:	46 834 07 50		
identyfikator REGON	000657119		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Wojewódzki Szpital Zespolony im. Stanisława Rybickiego w Skierniewicach	**W**	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Skierniewice 96-100 ul. dr. Stanisława Rybickiego 1		
telefon/ telefony	46 834 07 50		
Data dodania do wykazu		23.12.2020	
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Wojewódzki Szpital Zespolony im. Stanisława Rybickiego w Skierniewicach		**2**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Skierniewice 96-100 ul. dr. Stanisława Rybickiego 1		
telefon/ telefony	468340750		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 59	**130002**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Zespół Opieki Zdrowotnej w Łęczycy		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łęczyca 99-100 ul. Zachodnia 6		

telefon/ telefony:	24 388 26 01		
identyfikator REGON	610320540		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Zespół Opieki Zdrowotnej w Łęczycy	**W**	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łęczyca 99-100 ul. Zachodnia 6		
telefon/ telefony	24 388 26 01		
Data dodania do wykazu		23.12.2020	
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Zespół Opieki Zdrowotnej w Łęczycy		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łęczyca 99-100 ul. Zachodnia 6		
telefon/ telefony	243882601		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 3		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Gminny Ośrodek Zdrowia w Górze Św. Małgorzaty		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Góra Św. Małgorzaty 99-122 Góra Św. Małgorzaty 44		
telefon/ telefony	603494344		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 60	**130004**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Zespół Opieki Zdrowotnej w Łowiczu		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łowicz 99-400 ul. Ułańska 28		

telefon/ telefony:	46 837 56 11		
identyfikator REGON	750079660		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Zespół Opieki Zdrowotnej w Łowiczu	**W**	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łowicz 99-400 ul. Ułańska 28		
telefon/ telefony	46 837 56 11		
Data dodania do wykazu		23.12.2020	
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Zespół Opieki Zdrowotnej w Łowiczu		**4**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łowicz 99-400 Ułańska 28		
telefon/ telefony	468375611		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 61	**130005**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Rawie Mazowieckiej		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Rawa Mazowiecka 96-200 ul. Niepodległości 8		
telefon/ telefony:	729059534		
identyfikator REGON	750081271		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Rawie Mazowieckiej		

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Rawa Mazowiecka 96-200 ul. Niepodległości 8	W	
telefon/ telefony	729 059 534		
Data dodania do wykazu		23.12.2020	
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Rawie Mazowieckiej		**2**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Rawa Mazowiecka 96-200 ul. Niepodległości 8		
telefon/ telefony	468142065		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 62	**140011**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	GMINNY ZESPÓŁ OCHRONY ZDROWIA W UJEŹDZIE		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Ujazd 97-225 Parkowa 4		
telefon/ telefony:	44 719 21 12		
identyfikator REGON	590728322		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Ośrodek Zdrowia w Osiedlu Niewiadów - Filia		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Osiedle Niewiadów 97-225 Osiedle Niewiadów 4		
telefon/ telefony	503108209		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 63	**140039**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**

nazwa:	Samodzielny Szpital Wojewódzki im. Mikołaja Kopernika w Piotrkowie Trybunalskim		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Piotrków Trybunalski 97-300 ul. Rakowska 15		
telefon/ telefony:	44 648 03 00		
identyfikator REGON	000636940		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Samodzielny Szpital Wojewódzki im. Mikołaja Kopernika w Piotrkowie Trybunalskim	**W**	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Piotrków Trybunalski 97-300 ul. Rakowska 15		
telefon/ telefony	44 648 03 00		
Data dodania do wykazu		23.12.2020	
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Samodzielny Szpital Wojewódzki im. Mikołaja Kopernika w Piotrkowie Trybunalskim		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Piotrków Trybunalski 97-300 ul. Rakowska 15		
telefon/ telefony	519 377 876; 517 413 406		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 64	**140041**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	GMINNY ZESPÓŁ OCHRONY ZDROWIA W MOSZCZENICY		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Moszczenica 97-310 Piotrkowska 27		
telefon/ telefony:	446168167		

identyfikator REGON	590347382		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	GMINNY ZESPÓŁ OCHRONY ZDROWIA W MOSZCZENICY	**P**	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Moszczenica 97-310 ul. Piotrkowska		
telefon/ telefony	446168167		
Data dodania do wykazu		28.12.2020	
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Gminny Zespół Ochrony Zdrowia		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Moszczenica 97-310 Piotrkowska 27		
telefon/ telefony	517501169		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 65	**140042**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Szpital Wojewódzki im. Jana Pawła II w Bełchatowie		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Bełchatów 97-400 ul. Czaplniecka 123		
telefon/ telefony:	44 635 82 00		
identyfikator REGON	000306503		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Szpital Wojewódzki im. Jana Pawła II w Bełchatowie		

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Bełchatów 97-400 ul. Czapliniecka 123	W	
telefon/ telefony	44 635 82 00		
Data dodania do wykazu		23.12.2020	
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Szpital Wojewódzki im. Jana Pawła II w Bełchatowie		**2**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Bełchatów 97-400 ul. Czapliniecka 123		
telefon/ telefony	446 358 538		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 66	**140043**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Szpital Powiatowy w Radomsku		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Radomsko 97-500 ul. Jagiellońska 36		
telefon/ telefony:	44 685 47 16		
identyfikator REGON	000313420		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Szpital Powiatowy w Radomsku	**W**	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Radomsko 97-500 ul. Jagiellońska 36		
telefon/ telefony	44 685 47 16		
Data dodania do wykazu		23.12.2020	
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**

nazwa:	Szpital Powiatowy w Radomsku		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Radomsko 97-500 ul. Jagiellońska 36		
telefon/ telefony	446854716		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 3		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia Lekarza POZ		2
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	DOBRYSZYCE 97-505 POŁUDNIOWA 7		
telefon/ telefony	44 681 11 95		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 67	**140045**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Powiatowy im.Edmunda Biernackiego w Opocznie		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Opoczno 26-300 ul. Partyzantów 30		
telefon/ telefony:	44 754 48 04		
identyfikator REGON	000304272		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Powiatowy im.Edmunda Biernackiego w Opocznie	W	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Opoczno 26-300 ul. Partyzantów 30		
telefon/ telefony	44 754 48 04		

Data dodania do wykazu		23.12.2020	
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Powiatowy im.Edmunda Biernackiego w Opocznie	**W**	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Paradyż / 26-333 / Polna 1		
telefon/ telefony	44 754 48 04		
Data dodania do wykazu		23.12.2020	
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 3		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Powiatowy im.Edmunda Biernackiego w Opocznie	**W**	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Poświętne / 26-315 / Akacjowa 3		
telefon/ telefony	44 754 48 04		
Data dodania do wykazu		23.12.2020	
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 4		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Powiatowy im.Edmunda Biernackiego w Opocznie	**W**	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Sławno / 26-332 / marsz. J.Piłsudskiego 31		
telefon/ telefony	44 754 48 04		
Data dodania do wykazu		23.12.2020	

Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 5		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Powiatowy im.Edmunda Biernackiego w Opocznie	**W**	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Opoczno / 26-300 / Partyzantów 30		
telefon/ telefony	44 754 48 04		
Data dodania do wykazu		23.12.2020	
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 6		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Powiatowy im.Edmunda Biernackiego w Opocznie		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Opoczno 26-300 ul. Partyzantów 30		
telefon/ telefony	44 754 48 04		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 7		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Powiatowy im.Edmunda Biernackiego w Opocznie		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Paradyż / 26-333 / Polna 1		
telefon/ telefony	44 758 40 45		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			

Miejsce udzielania świadczeń 8		szczepienie personelu *	liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Powiatowy im.Edmunda Biernackiego w Opocznie		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Poświętne / 26-315 / Akacjowa 3		
telefon/ telefony	44 154 70 08		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			

Miejsce udzielania świadczeń 9		szczepienie personelu *	liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Powiatowy im.Edmunda Biernackiego w Opocznie		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Sławno / 26-332 / marsz. J.Piłsudskiego 31		
telefon/ telefony	44 754 48 04		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			

Miejsce udzielania świadczeń 10		szczepienie personelu *	liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Powiatowy im.Edmunda Biernackiego w Opocznie		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Opoczno / 26-300 / Szpitalna 1		
telefon/ telefony	44 754 39 11		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			

Miejsce udzielania świadczeń 11		szczepienie personelu *	liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Powiatowy im.Edmunda Biernackiego w Opocznie		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Sławno / 26-332 / Opoczyńska 5		
telefon/ telefony	44 754 48 04		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 12		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Powiatowy im.Edmunda Biernackiego w Opocznie		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Opoczno / 26-300 / Kwiatowa 1a		
telefon/ telefony	44 754 48 04		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 68	**140048**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W PRZEDBORZU		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Przedbórz 97-570 Częstochowska 25		
telefon/ telefony:	44 781 20 43		
identyfikator REGON	590356553		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**

nazwa:	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Przedborzu		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Przedbórz 97-570 Częstochowska 25		
telefon/ telefony	447815194		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 69	**140050**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Powiatowe Centrum Matki i Dziecka w Piotrkowie Trybunalskim		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Piotrków Trybunalski 97-300 ul. Franklina Roosevelta 3		
telefon/ telefony:	44 64 51 115		
identyfikator REGON	000315494		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Przychodnia Nr 4		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Piotrków Trybunalski 97-300 al. Armii Krajowej 11		
telefon/ telefony	601301009		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Gminny Ośrodek Zdrowia - Filia w Grabicy		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Grabica 97-306 Grabica 55		
telefon/ telefony	446451151		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			

Miejsce udzielania świadczeń 3		szczepienie personelu *	liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Gminny Ośrodek Zdrowia - Filia w Gorzkowicach		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Gorzkowice 97-350 Kwiatowa 4		
telefon/ telefony	446818002		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 70	**140073**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W NOWYM MIEŚCIE NAD PILICĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Nowe Miasto nad Pilicą 26-420 Tomaszowska 43		
telefon/ telefony:	48 674 38 00		
identyfikator REGON	670205424		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Przychodnia Rejonowa		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Drzewica 26-340 Stawowa 27		
telefon/ telefony	605430349		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 71	**140074**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W ŻYTNIE		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Żytno 97-532 Strażacka 14		
telefon/ telefony:	34 327 70 13		

identyfikator REGON	590745220		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Ośrodek Zdrowia Żytno		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Żytno 97-532 Strażacka 14		
telefon/ telefony	343277013		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 72	**140086**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	GMINNY OŚRODEK ZDROWIA W ŁADZICACH		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Ładzice 97-561 Wyzwolenia 38		
telefon/ telefony:	44 685 03 35		
identyfikator REGON	590756784		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	GMINNY OŚRODEK ZDROWIA W ŁADZICACH		**2**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Ładzice 97-561 Wyzwolenia 38		
telefon/ telefony	446850335		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 73	**140139**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Gidlach		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Gidle 97-540 Częstochowska 8		
telefon/ telefony:	34 327 21 24		

identyfikator REGON	592154380		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Ośrodek Zdrowia w Gidlach		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Gidle 97-540 Częstochowska 8		
telefon/ telefony	343272124		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 74	**140140**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Szczercowie		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Szczerców 97-420 Mickiewicza 39b		
telefon/ telefony:	44 631 80 20		
identyfikator REGON	592157770		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Szczercowie		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Szczerców 97-420 Mickiewicza 39b		
telefon/ telefony	446318020		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 75	**140141**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W ZELOWIE		

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Zelów 97-425 Stefana Żeromskiego 21		
telefon/ telefony:	44 634 11 20		
identyfikator REGON	592163380		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ - poradnia podstawowej opieki zdrowotnej		**3**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Zelów 97-425 ŻEROMSKIEGO 21		
telefon/ telefony	446341120 446341265		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 76	**140169**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej imienia dr Mieczysława Kotarbińskiego w Kamieńsku		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kamieńsk 97-360 Wieluńska 23		
telefon/ telefony:	446817523		
identyfikator REGON	592157645		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kamieńsk 97-360 Wieluńska 23		
telefon/ telefony	446817523		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 77	140171	szczepienie personelu	szczepienie populacyjne
nazwa:	GMINNY OŚRODEK ZDROWIA W KOBIELACH WIELKICH		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kobiele Wielkie 97-524 Reymonta 79		
telefon/ telefony:	44 681 44 64		
identyfikator REGON	592187988		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	OŚRODEK ZDROWIA W KOBIELACH WIELKICH		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kobiele Wielkie 97-524 Reymonta 79		
telefon/ telefony	604075571		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 78	**140179**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY GMINNY OŚRODEK ZDROWIA W LGOCIE WIELKIEJ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Lgota Wielka 97-565 Rolnicza 1		
telefon/ telefony:	44 680 13 14		
identyfikator REGON	592177866		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Ośrodek zdrowia		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Lgota Wielka 97-565 Rolnicza 1		
telefon/ telefony	446801314		
Data dodania do wykazu			30.12.2020

Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 79	**140181**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Gminny Ośrodek Zdrowia w Wielgomłynach		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Wielgomłyny 97-525 Radomszczańska 7		
telefon/ telefony:	44 787 10 67		
identyfikator REGON	592195893		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Gminny Ośrodek Zdrowia w Wielgomłynach		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Wielgomłyny 97-525 Radomszczańska 7		
telefon/ telefony	447871067		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 80	**140212**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Gminny Ośrodek Zdrowia w Gomunicach		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Gomunice 97-545 Armii Krajowej 30		
telefon/ telefony:	44 684 24 86		
identyfikator REGON	592269960		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Ośrodek Zdrowia w Gomunicach		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Gomunice 97-545 Armii Krajowej 30		
telefon/ telefony	446842486		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 81	140214	szczepienie personelu	szczepienie populacyjne
nazwa:	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej PRO FAMILIA w Radomsku		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Radomsko 97-500 Armii Krajowej 34		
telefon/ telefony:	44 683 15 51		
identyfikator REGON	592280386		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Przychodnia Zdrowia		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Radomsko 97-500 Armii Krajowej 34		
telefon/ telefony	446831551		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Przychodnia Zdrowia		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Radomsko 97-500 Przedborska 39/41		
telefon/ telefony	446831550		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 82	**140257**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W KODRĘBIE		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kodrąb 97-512 Niepodległości 25		
telefon/ telefony:	44 681 93 29		

identyfikator REGON	100051827		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Gminny Ośrodek Zdrowia w Kodrębie		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kodrąb 97-512 Niepodległości 25		
telefon/ telefony	505105762		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 83	**140271**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Masłowicach		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Masłowice 97-515 Masłowice 38		
telefon/ telefony:	44 787 46 37		
identyfikator REGON	100427132		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Gminny Ośrodek Zdrowia w Masłowicach		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Masłowice 97-515 Masłowice 38		
telefon/ telefony	601155435		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 84	**200088**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	NEUCA MED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Toruń 87-100 Forteczna 35/37		

telefon/ telefony:	42 253 37 50		
identyfikator REGON	341477181		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Przychodnia Polimedica łódź - Filia Franciszkańska		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 91-815 Franciszkańska 53		
telefon/ telefony	426550591		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Przychodnia Polimedica Zgierz		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ZGIERZ 95-100 Witakcego 2d		
telefon/ telefony	427152669		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 3		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Przychodnia Judyta - Maków		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Maków 96-124 Kolejowa 2		
telefon/ telefony	46 833 88 33		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 4		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Przychodnia Judyta Skierniewice		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Skierniewice 96-100 Reymonta 16		

telefon/ telefony	46 832 57 66		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 5		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Przychodnia Judyta- Żelazna		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Żelazna 96-116 Żelazna 3A		
telefon/ telefony	46 834 82 70		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 6		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Przychodnia Neuca Med - filia Wola Wiązowa		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Rusiec 97-438 Wola Wiązowa 11		
telefon/ telefony	43 676 69 29		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 7		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Przychodnia Neuca Med Bełchatów		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Bełchatów 97-400 1 Maja 4		
telefon/ telefony	606488423		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 85	**200099**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	SCANMED SPÓŁKA AKCYJNA		

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Warszawa 03-715 Stefana Okrzei 1A		
telefon/ telefony:	12 629 89 00		
identyfikator REGON	351618159		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Centrum Medyczne Pabianice		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Pabianice 95-200 Mariańska 5A/1		
telefon/ telefony	12 629 88 00; 785 059 871; 12 370 27 04; 12 370 27 05; 12 370 27 03		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 86	**200115**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	MEDICOVER SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Warszawa 00-807 al. Aleje Jerozolimskie 96		
telefon/ telefony:	500900530		
identyfikator REGON	012396508		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Medicover Piłsudskiego		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 90-368 Aleja marszałka Józefa Piłsudskiego 3		
telefon/ telefony	500900530		
Data dodania do wykazu			31.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**

nazwa:	MEDICOVER Pomorska		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 91-402 Pomorska 106		
telefon/ telefony	500900530		
Data dodania do wykazu			31.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 3		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	MEDICOVER Rydza		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 93-281 Aleja marszałka Edwarda Śmigłego-Rydza 20		
telefon/ telefony	500900530		
Data dodania do wykazu			31.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 87	**200123**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	FAGMET PRZYCHODNIE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Skierniewice 96-100 Jana III Sobieskiego 29		
telefon/ telefony:	46 833 37 76		
identyfikator REGON	383528419		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	PRZYCHODNIA LEKARSKA ESKULAP		2
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Skierniewice 96-100 Jana III Sobieskiego 29		
telefon/ telefony	46 832 13 29		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 88	200130	szczepienie personelu	szczepienie populacyjne
nazwa:	IRMED KLIMKIEWICZ, RUDZIEWICZ-KOWALSKA SPÓŁKA JAWNA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Warszawa 04-667 Trakt Lubelski 300E/30		
telefon/ telefony:	447890484		
identyfikator REGON	382533387		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	IRMED		3
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Piotrków Trybunalski 97-300 Polskiej Organizacji Wojskowej 12 C		
telefon/ telefony	447890484		
Data dodania do wykazu			31.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 89	209042	szczepienie personelu	szczepienie populacyjne
nazwa:	LUX MED Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Warszawa 02-676 Postępu 21C		
telefon/ telefony:	42 254 94 00		
identyfikator REGON	140723603		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Centrum Medyczne LUX MED.		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 90-019 Dowborczyków 30/34		
telefon/ telefony	426747056		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			

Miejsce udzielania świadczeń 2		szczepienie personelu *	liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Centrum Medyczne LUX MED		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 93-034 Milionowa 2G		
telefon/ telefony	422549494		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 3		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	filia Centrum Medyczne Medycyna Rodzinna ul. Milionowa 21		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 93-105 Milionowa 21		
telefon/ telefony	426843103		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 90	**209048**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	HAVRO Spółka z o.o. Spółka Komandytowa		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 91-042 Bolesława Limanowskiego 104		
telefon/ telefony:	426636572		
identyfikator REGON	146208256		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia Zdrowie Bałuty		2
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 91-042 Bolesława Limanowskiego 104		
telefon/ telefony	697303697		
Data dodania do wykazu			30.12.2020

Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 91	**209294**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	DIAGNOSTYKA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kraków 31-864 ul. prof. Michała Życzkowskiego 16		
telefon/ telefony:	122950100		
identyfikator REGON	356366975		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	MEDYCZNE LABORATORIUM DIAGNOSTYKA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 94-104 Obywatelska 139		**1**
telefon/ telefony	122950100		
Data dodania do wykazu			31.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			19.01.2021
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 92	**209303**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	CENTRUM MEDYCZNE ENEL-MED SPÓŁKA AKCYJNA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Warszawa 00-195 ul. Zygmunta Słomińskiego 19/524		
telefon/ telefony:	224340909		
identyfikator REGON	140802685		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	ENELMED		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 91-002 Drewnowska 58		**1**
telefon/ telefony	224340909		
Data dodania do wykazu			31.12.2020

Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 93	**210002**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Usługi Medyczne "ALMED" Sp z o.o.		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 92-318 marsz. Józefa Piłsudskiego 135		
telefon/ telefony:	426744452		
identyfikator REGON	001329630		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej ALMED		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 92-318 marsz. Józefa Piłsudskiego 135		
telefon/ telefony	602 605 222		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 94	**210005**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Salve Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością Spółka Komandytowa		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	90-420 Łódź ul. Andrzeja Struga 3		
telefon/ telefony:	42 633 78 01, 42 633 56 61		
identyfikator REGON	472181467		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Przychodnia		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łodź 93-172 Rzgowska 50A		
telefon/ telefony	426 335 661		
Data dodania do wykazu			30.12.2020

Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Przychodnia Pomorska		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 90-224 Pomorska 75		
telefon/ telefony	42 207 00 66		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 3		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	SALVE Przychodnia		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	90-420 Łódź ul. Andrzeja Struga 3		
telefon/ telefony	42 207 00 66		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 4		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Przychodnia		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 91-839 Łagiewnicka 53		
telefon/ telefony	42 207 00 66		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 5		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Przychodnia		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 92-551 Wujaka 5		
telefon/ telefony	42 207 00 66		

Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 6		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Salve Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością Spółka komandytowa	**P**	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 90-224 Pomorska 75		
telefon/ telefony	42 633 78 01		
Data dodania do wykazu		31.12.2020	
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 7		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Salve Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością Spółka komandytowa	**P**	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łodź 93-172 Rzgowska 50A		
telefon/ telefony	42 633 78 01		
Data dodania do wykazu		13.01.2021	
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 95	**210012**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	ADAMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 93-530 Ignacego Paderewskiego 11		
telefon/ telefony:	42 640 37 52		
identyfikator REGON	470650432		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**

nazwa:	ADAMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		2
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 93-530 Ignacego Paderewskiego 11		
telefon/ telefony	570 008 605		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 96	**210021**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Szpital Zakonu Bonifratrów św.Jana Bożego w Łodzi Sp. z o.o.		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 93-357 ul. Kosynierów Gdyńskich 61		
telefon/ telefony:	42 68 55 163		
identyfikator REGON	100771970		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Szpital Zakonu Bonifratrów św.Jana Bożego w Łodzi Sp. z o.o.	**W**	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 93-357 ul. Kosynierów Gdyńskich 61		
telefon/ telefony	42 685 51 63		
Data dodania do wykazu		23.12.2020	
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Szpital Zakonu Bonifratrów św.Jana Bożego w Łodzi Sp. z o.o.		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 93-357 ul. Kosynierów Gdyńskich 61		
telefon/ telefony	426855141		

Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 97	**210034**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Małgorzata Wędzel-Kuśmidrowicz		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 93-647 Kolumny 271A		
telefon/ telefony:	501 785 880		
identyfikator REGON	472199562		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	punkt szczepień		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 93-631 Kolumny 271a		**1**
telefon/ telefony	501785880		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 98	**210037**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	MARCIN KOWALCZYŃSKI		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 93-457 Pabianicka 252		
telefon/ telefony:	426885150		
identyfikator REGON	471415816		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	MEDICOR Przychodnia Lekarska		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 93-457 Pabianicka 252		**1**
telefon/ telefony	42 682 60 05		
Data dodania do wykazu			30.12.2020

Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 99	**210039**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	PORADNIA LEKARZY RODZINNYCH HANNA BOGUSZEWSKA, AGNIESZKA JOCZ-MINICH, AGATA PŁUSA-ŻAK SPÓŁKA JAWNA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 94-058 Batalionów Chłopskich 14		
telefon/ telefony:	426885150		
identyfikator REGON	472014309		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Przychodnia		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 94-047 Wyszyńskiego 72		**1**
telefon/ telefony	42 688 11 92; 506 333 219		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 100	**210040**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	PORADNIA LEKARZY RODZINNYCH HONORATA BŁASZCZYK, MACIEJ GODYCKI-ĆWIRKO, KATARZYNA KOSIEK		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 91-402 Pomorska 96		
telefon/ telefony:	42 678 16 95		
identyfikator REGON	471640358		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia Lekarzy Rodzinnych		

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 91-402 Pomorska 96		1
telefon/ telefony	426781695		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 101	**210041**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "BIAŁA" S.C IZABELA ZADRÓŻNA-STANGRECIAK, JADWIGA ZADRÓŻNA, MICHAŁ STANGRECIAK		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Gieczno 95-001 Podleśna 35		
telefon/ telefony:	42 717 84 78		
identyfikator REGON	472249320		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej BIAŁA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Gieczno 95-001 Podleśna 35		1
telefon/ telefony	608025386		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 102	**210042**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	PORADNIA LEKARZY RODZINNYCH SANUS" SZTAJEROWSKA, PIOTROWSKA, RYDZ SPÓŁKA JAWNA"		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Zgierz 95-100 gen. Henryka Dąbrowskiego 19		
telefon/ telefony:	42 719 09 23		
identyfikator REGON	471541350		

Miejsce udzielania świadczeń 1		szczepienie personelu *	liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Przychodnia Lekarska		2
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 91-849 Kolińskiego 31		
telefon/ telefony	426564917		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			

Miejsce udzielania świadczeń 2		szczepienie personelu *	liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Przychodnia Lekarska		3
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Zgierz 95-100 Dąbrowskiego 19		
telefon/ telefony	427191923		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 103	210044	szczepienie personelu	szczepienie populacyjne
nazwa:	PORADNIA LEKARZY RODZINNYCH MEJAMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 93-189 Stanisława Przybyszewskiego 32/34		
telefon/ telefony:	42 683 05 77		
identyfikator REGON	472197184		

Miejsce udzielania świadczeń 1		szczepienie personelu *	liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Poradnia Lekarzy Rodzinnych MEJAmed		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 93-189 Przybyszewskiego 32/34		
telefon/ telefony	426830877		
Data dodania do wykazu			30.12.2020

Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 104	**210045**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	HELP-MED Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 91-362 Zgierska 240		
telefon/ telefony:	42 659 30 00		
identyfikator REGON	471010367		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	"HELP-MED" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	**P**	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Raciborowice 66 97-310		
telefon/ telefony	42 659 30 00		
Data dodania do wykazu		28.12.2020	
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	HELP-MED Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością		**2**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 91-362 Zgierska 240		
telefon/ telefony	42 659 30 00		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 105	**210047**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	NZOZ MULTIMED BANAŚ SPÓŁKA JAWNA		

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 93-218 Leopolda Tyrmanda 4		
telefon/ telefony:	42 649 00 65		
identyfikator REGON	472025023		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Przychodnia - filia		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 90-741 1 Maja 42/44		
telefon/ telefony	426349410		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Przychodnia		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 93-218 Tyrmanda 4		
telefon/ telefony	501382568		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			15.01.2021
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 106	**210048**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	SANMED - Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 93-208 Tatrzańska 112		
telefon/ telefony:	42 642 90 45		
identyfikator REGON	472372084		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**

nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej SANMED Sp. z o.o.		2
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 93-208 Tatrzańska 112		
telefon/ telefony	515950349		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 107	**210049**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	PORADNIA ORTMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 91-498 Wodnika 7		
telefon/ telefony:	508 248 265		
identyfikator REGON	472213546		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ ORTMED sp. z o.o.		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 91-498 Wodnika 7		
telefon/ telefony	426582939		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 108	**210050**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	SPÓŁKA CYWILNA "MEDYCYNA RODZINNA" I.PAPIERZ, B.SZADKOWSKA-OPASIAK		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 93-155 Karpia 65/67		
telefon/ telefony:	42 642 71 81		

identyfikator REGON	472254054		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Medycyna Rodzinna s.c. I.Papierz, B.Szadkowska-Opasiak		**2**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 93-155 KARPIA 65/67		
telefon/ telefony	426427181		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 109	**210051**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	NZOZ "TWÓJ LEKARZ RODZINNY" SC MAGDALENA BASIŃSKA-LEWANDOWSKA, PRZEMYSŁAW KARDAS		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 93-324 Socjalna 14		
telefon/ telefony:	42 646 80 43		
identyfikator REGON	472254870		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	NZOZ Twój Lekarz Rodzinny		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 93-324 Socjalna 14		
telefon/ telefony	426468043		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 110	**210052**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	SPÓŁDZIELNIA INWALIDÓW ZGODA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Konstantynów Łódzki 95-050 8 Marca 1		

telefon/ telefony:	42 211 55 22		
identyfikator REGON	000453753		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Spółdzielni Inwalidów Zgoda		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Konstantynów Łódzki 95-050 8 Marca 1		
telefon/ telefony	662785318		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 111	**210053**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	CENTRA MEDYCZNE MEDYCEUSZ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 91-053 Bazarowa 9		
telefon/ telefony:	42 613 69 20		
identyfikator REGON	472002200		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Centra Medyczne MEDYCEUSZ -Limanowskiego		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 91-052 Limanowskiego 47		
telefon/ telefony	426136947		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 112	**210054**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	MED-KOL Spółka z Ograniczoną Odpowiedzialnością		

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Koluszki 95-040 Przejazd 6		
telefon/ telefony:	503 073 733		
identyfikator REGON	472193460		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	NZOZ MED-KOL Sp. z o. o.		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Koluszki 95-040 Przejazd 6		
telefon/ telefony	512096652		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 113	**210084**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Pabianickie Centrum Medyczne Sp. z o.o.		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Pabianice 95-200 ul. Jana Pawła II 68		
telefon/ telefony:	42 225 35 03		
identyfikator REGON	100682491		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Pabianickie Centrum Medyczne Sp. z o.o.	**W**	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Pabianice 95-200 ul. Jana Pawła II 68		
telefon/ telefony	42 225 35 03		
Data dodania do wykazu		23.12.2020	
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Pabianickie Centrum Medyczne Sp. z o.o.		

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Pabianice 95-200 Jana Pawła II 68		**2**
telefon/ telefony	422253531		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 114	**210105**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	CARITAS ARCHIDIECEZJI ŁÓDZKIEJ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 91-473 Zgierska 121		
telefon/ telefony:	798 902 370		
identyfikator REGON	040006299		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ INTEGRACYJNY OŚRODEK LECZEŃ I REHABILITACJI IM. JANA PAWŁA II		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 93-281 al. marsz. Edwarda Śmigłego-Rydza 24/26		
telefon/ telefony	573216699		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 115	**210113**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ POL-MED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Dłutów 95-081 Pabianicka 6		
telefon/ telefony:			
identyfikator REGON	380081567		

Miejsce udzielania świadczeń 1		szczepienie personelu *	liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ POL-MED		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Dłutów 95-081 Pabianicka 6		
telefon/ telefony	501183233		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 116	210119	szczepienie personelu	szczepienie populacyjne
nazwa:	EWA WRÓBEL-NADEL NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "LEDAN"		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 90-202 Pomorska 18		
telefon/ telefony:	502 905 269		
identyfikator REGON	471611925		

Miejsce udzielania świadczeń 1		szczepienie personelu *	liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Poradnia Nr 8		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łęczyca 99-100 Belwederska 47		
telefon/ telefony	243070433		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			

Miejsce udzielania świadczeń 2		szczepienie personelu *	liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Poradnia nr 9		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 91-420 Północna 1/3		
telefon/ telefony	243070433		

Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 117	**210121**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	PORADNIA LEKARZY RODZINNYCH "ZDROWIE" S.C. B.DOROCIAK-SZMIEL, E.JASZCZAK-KANIEWSKA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 91-839 Łagiewnicka 37a		
telefon/ telefony:	426 542 878		
identyfikator REGON	472312521		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	PORADNIA LEKARZY RODZINNYCH ZDROWIE S.C.		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 91-839 Łagiewnicka 37a		**1**
telefon/ telefony	426542878		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 118	**210126**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	PRZYCHODNIA LEKARSKA ZDROWIE S.C. EDWARD GREGOREK,ANDRZEJ BULSKI,JAN SUDOWSKI		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Koluszki 95-040 Korczaka 5		
telefon/ telefony:	44 714 08 00		
identyfikator REGON	472373557		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Lekarska Zdrowie		

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Koluszki 95-040 Korczaka 5		1
telefon/ telefony	447140800		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 119	**210127**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "ESKULAP" S.C. PIOTR STACHLEWSKI, TOMASZ CHEJCHMAN		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Koluszki 95-040 Korczaka 5		
telefon/ telefony:	44 714 50 00		
identyfikator REGON	472376403		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	NZOZ ESKULAP s.c.		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Gałków Duży 95-041 Dzieci Polskich 6c		
telefon/ telefony	447140547		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	NZOZ ESKULAP s.c.		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Koluszki 95-040 Korczaka 5		
telefon/ telefony	447145000		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 120	210128	szczepienie personelu	szczepienie populacyjne
nazwa:	NZOZ PORADNIA LEKARZY RODZINNYCH VITAPLUS ROŚCISZEWSCY SPÓŁKA JAWNA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 90-927 Patrice Lumumby 3		
telefon/ telefony:	501 264 149		
identyfikator REGON	472353371		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Poradnia Lekarzy Rodzinnych Vitaplus		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 90-927 Patrice Lumumby 3		
telefon/ telefony	426781808		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 121	**210130**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	BEJA-MED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 93-219 Jana Brzechwy 5		
telefon/ telefony:	42 252 82 22		
identyfikator REGON	472411915		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej BEJA-MED		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 93-219 Jana Brzechwy 5		
telefon/ telefony	422528222		

Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 122	**210132**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Ewa Karasiewicz		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 92-334 Milionowa 68		
telefon/ telefony:	42 674 42 52		
identyfikator REGON	471591909		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Lekarz Rodzinny Ewa Karasiewicz		**2**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŁODŹ 92-334 MILIONOWA 68		
telefon/ telefony	426722535		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 123	**210136**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	MAGDALENA SKRZYPIŃSKA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 92-334 Milionowa 68		
telefon/ telefony:	426 744 252		
identyfikator REGON	471657519		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Lekarz Rodzinny Magdalena Skrzypińska		**2**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 92-334 MILIONOWA 68		

telefon/ telefony	426722535		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 124	**210166**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "ZACISZE" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łaznowska Wola 97-221 ul. Południowa 29		
telefon/ telefony:	44 719 50 34		
identyfikator REGON	472032307		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "ZACISZE" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ	**P**	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łaznowska Wola 97-221 ul. Południowa 29		
telefon/ telefony	44 719 50 34		
Data dodania do wykazu		28.12.2020	
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 125	**210179**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	KA-MED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Aleksandrów Łódzki 95-070 Wojska Polskiego 69		
telefon/ telefony:	42 276 45 03		
identyfikator REGON	470001320		

Miejsce udzielania świadczeń 1		szczepienie personelu *	liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	przychodnia		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Aleksandrów Łódzki 95-070 M.Skłodowskiej-Curie 3		
telefon/ telefony	427121197		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 126	**210181**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	EUROPEJSKIE CENTRUM OPIEKI MEDYCZNEJ I POMOCY RODZINIE "CARE" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Zgierz 95-100 ul. Stanisława Dubois 17		
telefon/ telefony:	427141030		
identyfikator REGON	472862954		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	EUROPEJSKIE CENTRUM OPIEKI MEDYCZNEJ I POMOCY RODZINIE "CARE" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ	P	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Zgierz 95-100 ul. Stanisława Dubois 17		
telefon/ telefony	42 714 10 30		
Data dodania do wykazu		28.12.2020	
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 127	**210182**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**

nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "KALMIA" L. SOWIŃSKA- NEUMAN, M. CZUPRYŃSKA- BORKOWSKA SPÓŁKA PARTNERSKA LEKARZY		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 92-332 Niska 11/15		
telefon/ telefony:	42 676 72 97		
identyfikator REGON	472858817		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Przychodnia WiN		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 91-825 Organizacji "Wolność i Niezawisłość" 8		
telefon/ telefony	600879070		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 128	**210183**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "ANDRZEJÓW" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź-Widzew 92-617 Jerzego Szaniawskiego 3		
telefon/ telefony:	42 648 81 27		
identyfikator REGON	384247496		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "ANDRZEJÓW"		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 92-617 ul. Jerzego Szaniawskiego 3		
telefon/ telefony	426488127		
Data dodania do wykazu			30.12.2020

Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 129	**210185**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "MEDAN" PORADNIA LEKARZY RODZINNYCH STELMACHOWSKA PODKÓWKA SPÓŁKA JAWNA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 92-306 Juliusza Jurczyńskiego 30A		
telefon/ telefony:	426 725 460		
identyfikator REGON	472859343		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	NZOZ "MEDAN" PORADNIA LEKARZY RODZINNYCH		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 92-306 Jurczyńskiego 30A		**1**
telefon/ telefony	512979118		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 130	**210187**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PROMED SPÓŁKA JAWNA JOANNA I PIOTR EDYKO		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 93-329 Ogniskowa 18		
telefon/ telefony:	42 645 91 55		
identyfikator REGON	472893707		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	NZOZ PROMED sp.j.		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 93-329 Ogniskowa 18		**1**

telefon/ telefony	426459155		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 131	**210190**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	LUXMEDICUM GŁOWACKI, WIŚNIEWSKI, ŻEBROWSKI SPÓŁKA JAWNA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 92-513 Mikołaja Gogola 12		
telefon/ telefony:	426 730 547		
identyfikator REGON	472889150		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Przychodnia Lekarska ESKULAP		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 92-513 Mikołaja Gogola 12		
telefon/ telefony	42 673 05 47		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 132	**210194**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Grażyna Krupińska		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 94-004 Janusza Kusocińskiego 140a		
telefon/ telefony:	501 264 349		
identyfikator REGON	470399009		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ Poradnia Medycyny Rodzinnej GRAŻYNA KRUPIŃSKA		**1**

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 94-004 Kusocińskiego 140a		1
telefon/ telefony	42 686 50 02		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 133	**210202**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Lessman i Przybysławski spółka cywilna		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 91-711 Wojska Polskiego 144		
telefon/ telefony:	42 617 24 12		
identyfikator REGON	730377337		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Przychodnia (filia)		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kazimierz 95-083 pl. Tadeusza Kościuszki 1		
telefon/ telefony	436775415		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			22.01.2021
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej " VALIDUS" s.c.		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 91-411 Wojska Polskiego 144		
telefon/ telefony	426172416		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 3		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**

nazwa:	Przychodnia (filia)		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Zduńska Wola 98-220 Łaska 29		
telefon/ telefony	438248180		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 134	**210203**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	WIZJA V SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 91-341 św. Teresy od Dzieciątka Jezus 92/3		
telefon/ telefony:	42 617 24 13		
identyfikator REGON	100302347		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	wizjaMED		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 91-341 Św. Teresy od Dzieciątka Jezus 92/3		
telefon/ telefony	422080100		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 135	**210208**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Małgorzata Środa		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 94-054 Janusza Kusocińskiego 140a/2		
telefon/ telefony:	42 686 50 02		
identyfikator REGON	472281513		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**

nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Poradnia Medycyny Rodzinnej Małgorzata Środa		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 94-054 ul.Kusocińskiego 140a		
telefon/ telefony	426865002		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 136	**210209**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	MACIEJ MILUŚKI		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 94-054 Janusza Kusocińskiego 140a		
telefon/ telefony:	42 686 50 02		
identyfikator REGON	471616348		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Maciej Miluśki		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 94-054 Kusocińskiego 140a		
telefon/ telefony	42 686 50 02		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 137	**210210**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Maria Szyler		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 93-478 gen. Ignacego Prądzyńskiego 91		
telefon/ telefony:	697 970 621		
identyfikator REGON	472392945		

Miejsce udzielania świadczeń 1		szczepienie personelu *	liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Poradnia Medycyny Rodzinnej"		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 93-466 gen. Ignacego Prądzyńskiego 91		
telefon/ telefony	426800188		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 138	**210234**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	MEDICAL MAGNUS SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 90-552 Mikołaja Kopernika 38		
telefon/ telefony:	42 253 19 10		
identyfikator REGON	001322220		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	MEDICAL MAGNUS SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		3
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 90-552 Mikołaja Kopernika 38		
telefon/ telefony	422531906		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 139	**210247**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Anna Samborska - Sablik		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 92-305 Służbowa 10		

telefon/ telefony:	42 205 66 46		
identyfikator REGON	471700907		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Cor-med		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 92-305 Służbowa 10		
telefon/ telefony	422056646		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 140	**210248**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	SPECJALISTYCZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "FEL-MED" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 92-207 Szpitalna 6		
telefon/ telefony:	42 674 20 82		
identyfikator REGON	100178670		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MEDIPLAN - FILIA IV REHABILITACJA	**P**	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 92-318 al. marsz. Józefa Piłsudskiego		
telefon/ telefony	42 674 20 82		
Data dodania do wykazu		28.12.2020	
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**

nazwa:	ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MEDIPLAN - FILIA IV REHABILITACJA		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 92-318 Piłsudskiego 133 d		
telefon/ telefony	422566447		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			15.01.2021
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 141	**210253**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	BARBARA CIESIELSKA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 90-004 Piotrkowska 100		
telefon/ telefony:	601 241 109		
identyfikator REGON	470543914		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "CENTRUM MEDICUS"		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 90-004 Piotrkowska 100		
telefon/ telefony	795939390		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Przychodnia		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 90-403 Powstańców Wielkopolskich 2		
telefon/ telefony	796542146		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 142	210264	szczepienie personelu	szczepienie populacyjne
nazwa:	PULSMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 90-248 Polskiej Organizacji Wojskowej 26		
telefon/ telefony:	42 633 32 75		
identyfikator REGON	008068760		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Pulsmed		**2**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 90-248 POW 26		
telefon/ telefony	602336360		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 143	**210270**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	LIDERMED S.C. CAROLINE DZIENISZEWSKA, TOMASZ DZIENISZEWSKI		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 91-473 Julianowska 7a		
telefon/ telefony:	42 617 10 14		
identyfikator REGON	473068550		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej LIDERMED s.c.		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 91-473 Julianowska 7a		
telefon/ telefony	426171014		

Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 144	**210304**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "COLMED" S.C. JANUSZ KOŁODZIEJSKI, ZOFIA KOŁODZIEJSKA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 93-563 Braterska 25		
telefon/ telefony:	42 648 17 00		
identyfikator REGON	473175167		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	NZOZ COLMED S.C.		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 93-563 Braterska 25		
telefon/ telefony	694340044		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 145	**210311**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	DARMED SP.Z O.O.		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 93-323 Skupiona 1		
telefon/ telefony:	42 645 36 80		
identyfikator REGON	473197200		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "DARMED"		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 93-323 Skupiona 1		

telefon/ telefony	426453680		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 146	**210355**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Grażyna Madej		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 90-024 Wodna 23/2		
telefon/ telefony:	42 674 45 02		
identyfikator REGON	471382057		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Arka		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 90-024 Wodna 23		**1**
telefon/ telefony	426744502		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 147	**210362**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Gabinety Lekarskie Spółka Partnerska Lekarzy Dynowscy, Pietruszka, Olszewicz		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 91-427 hm. Aleksandra Kamińskiego 7/9		
telefon/ telefony:	42 634 14 80		
identyfikator REGON	472884022		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Gabinety Lekarskie		

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 91-427 KAMIŃSKIEGO 7/9		1
telefon/ telefony	697409407		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 148	**210381**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Wioletta Sikora		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Pabianice 95-200 Grobelna 8		
telefon/ telefony:	603 888 046		
identyfikator REGON	471200398		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	NZOZ Eskulap Poradnia Zdrowia Rodzinnego		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Konstantynów Łódzki 95-050 Kopernika 23		1
telefon/ telefony	422116750		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	NZOZ Eskulap Poradnia Zdrowia Rodzinnego		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Pabianice 95-200 Grobelna 8		2
telefon/ telefony	422156037		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 149	**210405**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Teresa Adamczewska-Hadam		

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kołacin 95-061 14B		
telefon/ telefony:	46 874 60 85		
identyfikator REGON	473262788		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	NZOZ KOŁACIN		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kołacin 95-061 Kołacin 14 B		
telefon/ telefony	505174270		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 150	**210407**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	JERZY NOWAK		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	DMOSIN 96-132 Nagawki 16		
telefon/ telefony:	46 874 71 91		
identyfikator REGON	750113657		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Praktyka Lekarza Rodzinnego Jerzy Nowak		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Nagawki 95-061 Nagawki 16		
telefon/ telefony	468747191		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 151	**210411**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**

nazwa:	DDJ-MED B.DRESLER,B.DRYŃSKA,W.JERZYŃSKI SPÓŁKA JAWNA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Pabianice 95-200 Orla 45		
telefon/ telefony:	42 215 14 35		
identyfikator REGON	473295820		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	DDJ-MED Przychodnia		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	PABIANICE 95-200 ORLA 45		
telefon/ telefony	422151435		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 152	**210412**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	MEDICOR-MED ANNA MIELCZAREK-WAJEROWICZ, BEATA DOROŻYŃSKA SPÓŁKA JAWNA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Pabianice 95-200 Warszawska 3/5		
telefon/ telefony:	42 215 42 98		
identyfikator REGON	473295836		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej MEDICOR-MED		**4**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Pabianice 95-200 WARSZAWSKA 3/5		
telefon/ telefony	422154298		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 153	210413	szczepienie personelu	szczepienie populacyjne
nazwa:	ANNMEDICUS ANNA CHWAŚCIŃSKA I WSPÓLNICY SPÓŁKA JAWNA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 91-009 Stefana Okrzei 40		
telefon/ telefony:	608 202 034		
identyfikator REGON	100008151		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Przychodnia Lekarska ANIMED		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 91-009 Stefana Okrzei 40		
telefon/ telefony	426116919		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 154	**210414**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	CENTRUM MEDYCZNE NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ AS-MEDICA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Zgierz 95-100 Łódzka 82/84		
telefon/ telefony:	42 715 69 21		
identyfikator REGON	473302335		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Centrum Medyczne Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej AS-MEDICA		**2**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Zgierz 95-100 Łódzka 82/84		

telefon/ telefony	427156921		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 155	**210417**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	MEDYCYNA GRABIENIEC SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 91-140 Grabieniec 13		
telefon/ telefony:	426 110 332		
identyfikator REGON	473255481		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Centrum Medyczne Medycyna Grabieniec		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 91-140 Grabieniec 13		
telefon/ telefony	422371627		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 156	**210437**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MAG-MED MAGDALENA LESZCZYŃSKA w spadku		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 90-427 Aleja T. Kościuszki 48		
telefon/ telefony:	42 637 06 99		
identyfikator REGON	471687035		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "MAG-MED"		

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 90-427 Aleja T. Kościuszki 48		1
telefon/ telefony	426370699		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 157	**210457**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	MIKOMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 94-238 Pługowa 51/53		
telefon/ telefony:	42655 88 75		
identyfikator REGON	380236426		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	MIKOMED PRZYCHODNIA		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 94-238 PŁUGOWA 51/53		
telefon/ telefony	426111155		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 158	**210461**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	MEDICO SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Stryków 95-010 Targowa 16		
telefon/ telefony:	42 719 92 30		
identyfikator REGON	100095061		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**

nazwa:	MEDICO Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Stryków 95-010 Targowa 16		
telefon/ telefony	427199230		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 159	**210476**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	MEDARMED-NOWOSOLNACENTRUM MEDYCZNE J. PUZIO I WSPÓLNICY SPÓŁKA JAWNA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 92-705 Hiacyntowa 4		
telefon/ telefony:	426 484 273		
identyfikator REGON	100238520		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	PRZYCHODNIA "MEDARMED-NOWOSOLNA" Centrum Medyczne		2
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 92-705 Hiacyntowa 4		
telefon/ telefony	426484273		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 160	**210484**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	PULS-MED S.C. URSZULA BUDZISZEWSKA, BEATA CYDEJKO-SOBCZAK, RENATA KOWALSKA-GRABOWICZ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Pabianice 95-200 św. Rocha 8		
telefon/ telefony:	422 155 298		

identyfikator REGON	100312914		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "PULS-MED"		**3**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	PABIANICE 95-200 Św.Rocha 8		
telefon/ telefony	422155298		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 161	**210488**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	CENTRUM MEDYCZNE - SZPITAL ŚWIĘTEJ RODZINY SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 90-302 ul. inż. pilota Wigury		
telefon/ telefony:	42 254 96 21		
identyfikator REGON	100428433		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	NZOZ CENTRUM MEDYCZNE Szpital Św. Rodziny		**2**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 90-302 ul. inż. pilota Wigury		
telefon/ telefony	422549600		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 162	**210491**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Marcin Ogórek		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 94-050 Ks. Kardynała Stefana Wyszyńskiego 29		

telefon/ telefony:			
identyfikator REGON	471492515		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Specjalistyczne Gabinety Lekarskie ALL-MED Marcin Ogórek		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 94-050 Aleka ks. Kardynała Stefana Wyszyńskiego 29		
telefon/ telefony	422758382		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 163	**210494**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej MEDICA s.c. Przemysław Pietrzyk Zofia Pietrzyk		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ROGÓW 95-063 Dworcowa 2A		
telefon/ telefony:	46 874 80 26		
identyfikator REGON	100519970		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej MEDICA		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Rogów 95-063 Dworcowa 2A		
telefon/ telefony	468748026		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 164	**210529**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	ESKULAP SPÓŁKA CYWILNA EDYTA PANKOWSKA-PRYT, JANINA PANKOWSKA, MATEUSZ PRYT		

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 94-054 Janusza Kusocińskiego 61		
telefon/ telefony:	42 252 10 90		
identyfikator REGON	100751750		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	NZOZ ESKULAP		**2**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 94-054 Kusocińskiego 61		
telefon/ telefony	422521090		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 165	**210533**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Wiesława Pisarek		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 93-545 Zaolziańska 49		
telefon/ telefony:	601 238 128		
identyfikator REGON	101062916		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	NZOZ ELMED-MED		**2**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 93-545 ZAOLZIAŃSKA 49		
telefon/ telefony	426811024		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 166	**210540**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Powiatowe Centrum Zdrowia W Brzezinach-Spółka z o.o.		

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Brzeziny 95-060 ul. M. Skłodowskiej-Curie 6		
telefon/ telefony:	46 874 28 00		
identyfikator REGON	100576369		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Powiatowe Centrum Zdrowia W Brzezinach-Spółka z o.o.	**W**	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Brzeziny 95-060 ul. M. Skłodowskiej-Curie 6		
telefon/ telefony	46 874 28 00		
Data dodania do wykazu		23.12.2020	
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Powiatowe Centrum Zdrowia W Brzezinach-Spółka z o.o.		**2**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Brzeziny 95-060 ul. Bohaterów Warszawy 2		
telefon/ telefony	468743151		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 167	**210574**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	LEPSZY WZROK ZDZIESZYŃSKA I ZDZIESZYŃSKI SPÓŁKA JAWNA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 91-409 Pomorska 66/68		
telefon/ telefony:	604 904 162		
identyfikator REGON	101257590		

Miejsce udzielania świadczeń 1		szczepienie personelu *	liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	LEPSZY WZROK		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 91-409 Pomorska 66/68		
telefon/ telefony	881474750		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 168	**210576**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Małgorzata Maciejewska-Franczak		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Pabianice 95-200 Podleśna 4/2		
telefon/ telefony:	504 043 917		
identyfikator REGON	471445705		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej MAC-MED.		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	PABIANICE 95-200 Podleśna 43923		
telefon/ telefony	422133116		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 169	**210589**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Konrad Magot		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŁUBNICE 98-432 Wieluńska 2		
telefon/ telefony:			
identyfikator REGON	250680892		

Miejsce udzielania świadczeń 1		szczepienie personelu *	liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Przychodnia MEDIANA - Filia Ogrodowa		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łubnice 98-432 Ogrodowa 12A		
telefon/ telefony	501429441		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			

Miejsce udzielania świadczeń 2		szczepienie personelu *	liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Ośrodek Zdrowia		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łubnice 98-432 Wieluńska 2		
telefon/ telefony	501429441		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 170	210616	szczepienie personelu	szczepienie populacyjne
nazwa:	LUTMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	LUTOMIERSK 95-083 Dąbrowskiego 21		
telefon/ telefony:	602 582 086		
identyfikator REGON	101272766		

Miejsce udzielania świadczeń 1		szczepienie personelu *	liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	LUTMED		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Lutomiersk 95-083 Jarosława Dąbrowskiego 21		
telefon/ telefony	436775025		
Data dodania do wykazu			30.12.2020

Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 171	**210628**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	USAMED KATARZYNA KRALKOWSKA-SOWA, MAŁGORZATA KRALKOWSKA S.C.		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 92-402 Zakładowa 86/10/23		
telefon/ telefony:	509 824 733		
identyfikator REGON	101359728		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	USAMED MEDYCYNA RODZINNA		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 92-402 Zakładowa 86		
telefon/ telefony	422072717		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	USAMED MEDYCYNA RODZINNA		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 92-414 Anny Jagiellonki 4		
telefon/ telefony	422080218		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 172	**210635**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	PROFAMILIA ANNA LESIEWICZ-KSYCIŃSKA, LIDIA ZWIERZAK, MARCIN ZWIERZAK SPÓŁKA JAWNA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 91-463 Stefana 2		

telefon/ telefony:	502 597 987		
identyfikator REGON	101452735		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Centrum Medyczne Profamilia Zakład Lecznictwa Specjalistycznego i Rehabilitacji		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 91-463 Stefana 2		
telefon/ telefony	422881120		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 173	**210640**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	CENTRUM MEDYCZNE BORUTA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Zgierz 95-100 Andrzeja Struga 2-4		
telefon/ telefony:	42 715 45 10		
identyfikator REGON	101475535		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	CENTRUM MEDYCZNE BORUTA		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ZGIERZ 95-100 A. Struga 2-4		
telefon/ telefony	530141288		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 174	**210647**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**

nazwa:	Centrum Medyczne Niemcewicza Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością Spółka komandytowa		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 93-024 Juliana Ursyna Niemcewicza 24		
telefon/ telefony:	664 706 601		
identyfikator REGON	101480890		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Centrum Medyczne Niemcewicza - Przychodnia nr 1		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 93-018 Niemcewicza 17		
telefon/ telefony	426822396		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 175	**210649**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	MED-GASTR SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ SPÓŁKA KOMANDYTOWA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 91-034 Mokra 4		
telefon/ telefony:	501 584 321		
identyfikator REGON	100965852		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	MED-GASTR PRZYCHODNIA SPECJALISTYCZNA		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 91-034 Mokra 4		
telefon/ telefony	422582223		
Data dodania do wykazu			30.12.2020

Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 176	**210651**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	MAK-MED JOANNA ZDZIESZYŃSKA, MARCIN ZDZIESZYŃSKI SPÓŁKA CYWILNA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 92-332 marsz. Józefa Piłsudskiego 155		
telefon/ telefony:	604 904 162		
identyfikator REGON	101382153		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	MAK-MED s. c		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 92-332 marsz. Józefa Piłsudskiego 155		
telefon/ telefony	42 674 12 48		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 177	**210652**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Karolina Gauden		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	OZORKÓW 95-035 I. Starzyńskiego 30		
telefon/ telefony:	512 482 855		
identyfikator REGON	472933737		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	GA-MED Karolina Gauden PRZEDSIĘBIORSTWO PODMIOTU LECZNICZEGO		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Ozorków 95-035 Starzyńskiego 30		
telefon/ telefony	512482855		

Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 178	**210655**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	FUNDACJA "SWOBODA"		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	GŁOWNO 95-015 Sosnowa 4		
telefon/ telefony:	427 107 546		
identyfikator REGON	101316239		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Przychodnia Fundacji "Swoboda"		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Głowno 95-015 Sosnowa 4		**2**
telefon/ telefony	427107546		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 179	**210659**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	NEOMEDICAL Mariola Pietrzyk		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 91-452 ul. Niezapominajki 15		
telefon/ telefony:	504 220 009		
identyfikator REGON	004310358		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Neomedical		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 91-358 ul. Niezapominajki 15		**2**
telefon/ telefony	504220009		
Data dodania do wykazu			30.12.2020

Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 180	**210667**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	FAMMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	GROTNIKI 95-073 Brzozowa 23		
telefon/ telefony:	721712601		
identyfikator REGON	101759540		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Przychodnia Fammed		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Grotniki 95-073 Brzozowa 23		
telefon/ telefony	721712601		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 181	**210673**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	PRZYCHODNIA RODZINNA MARIUSZ KUŚMIERSKI, MICHAŁ SZYMAŃSKI SPÓŁKA JAWNA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Petrykozy 26-307 77		
telefon/ telefony:	447 582 049		
identyfikator REGON	101823960		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	PRZYCHODNIA RODZINNA FILIA W MNISZKOWIE		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MNISZKÓW 26-341 POWSTAŃCÓW WIELKOPOLSKICH 1		
telefon/ telefony	446155024		

Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	PRZYCHODNIA RODZINNA FILIA W RZECZYCY		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	RZECZYCA 97-220 KITOWICZA 12		
telefon/ telefony	447108114		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 3		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	PRZYCHODNIA RODZINNA FILIA W SMARDZEWICACH		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SMARDZEWICE 97-213 GŁÓWNA 13/17		
telefon/ telefony	447235046		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 4		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	PRZYCHODNIA RODZINNA W BIAŁACZOWIE		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BIAŁACZÓW 26-307 PLAC WOLNOŚCI 29A		
telefon/ telefony	447581010		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 182	**210676**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**

nazwa:	FAMILY-MED SPÓŁKA JAWNA M. GAWORA - ZIÓŁEK TOMASZ ZIÓŁEK NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Karnków 95-015 49		
telefon/ telefony:	42 719 55 00		
identyfikator REGON	101846138		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Przychodnia Bielawy		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Bielawy 99-423 Garbarska 10		
telefon/ telefony	468377242		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 183	**210690**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Paweł Lewek		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 94-035 Bratysławska 8A		
telefon/ telefony:	504 509 700		
identyfikator REGON	101853279		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Le-Med		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 94-035 Bratysławska 8A		
telefon/ telefony	504509700		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 184	210700	szczepienie personelu	szczepienie populacyjne
nazwa:	FUNDACJA POLITECHNIKI ŁÓDZKIEJ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 90-924 Wólczańska 215		
telefon/ telefony:	42 631 36 48		
identyfikator REGON	101265884		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Przychodnia Diagnostyki i Terapii Laserowej		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 93-005 Wólczańska 215		**1**
telefon/ telefony	691502189		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 185	210702	szczepienie personelu	szczepienie populacyjne
nazwa:	MEDAR PRO SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Andrespol 95-020 Rokicińska 122		
telefon/ telefony:	508 248 265		
identyfikator REGON	101662680		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	MEDAR PRO		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Andrespol 95-020 Rokicińska 122		**1**
telefon/ telefony	422123397		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 186	210706	szczepienie personelu	szczepienie populacyjne
nazwa:	SALVE MEDICA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ SPÓŁKA KOMANDYTOWA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 91-211 Szparagowa 10		
telefon/ telefony:	42 254 64 00		
identyfikator REGON	101297170		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	SALVE MEDICA - PRZYCHODNIA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 91-211 Szparagowa 10		**1**
telefon/ telefony	422546400		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	SALVE MEDICA - PRZYCHODNIA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 91-211 Szparagowa 10	**P**	
telefon/ telefony	422546400		
Data dodania do wykazu		05.01.2020	
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 187	**210713**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	TUSZYŃSKIE CENTRUM MEDYCZNE UCIŃSCY SPÓŁKA JAWNA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Tuszyn 95-080 Parkowa 2		
telefon/ telefony:	668 388 600		

identyfikator REGON	362708431		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Tuszyńskie Centrum Medyczne Ucińscy		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Tuszyn 95-080 Parkowa 2		
telefon/ telefony	422032710		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 188	**210726**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	PRZYCHODNIA TOLEK SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 91-310 Wrocławska 20		
telefon/ telefony:	42 209 30 00		
identyfikator REGON	364774834		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	PRZYCHODNIA DLA DZIECI I DOROSŁYCH TOLEK		**2**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 91-310 Wrocławska 20		
telefon/ telefony	604605784		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 189	**210728**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	PARK MEDICA LEKARZE SPECJALIŚCI - ZBIGNIEW NOWAK SPÓŁKA PARTNERSKA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 93-504 Tadeusza Czackiego 15		

telefon/ telefony:	500874487		
identyfikator REGON	363136356		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	PARK MEDICA		**2**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 93-504 Tadeusza Czackiego 15		
telefon/ telefony	500874487		
Data dodania do wykazu			31.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 190	**210731**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	PRZYCHODNIE STUDENCKIE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 91-402 Franciszka Ksawerego Lubeckiego 8		
telefon/ telefony:	881 765 597		
identyfikator REGON	364993370		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnie Studenckie Łódź		**2**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 91-402 Franciszka Ksawerego Lubeckiego 8		
telefon/ telefony	426423080		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 191	**210735**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	MEDEOR SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ SPÓŁKA KOMANDYTOWA		

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 91-308 Ciesielska 8		
telefon/ telefony:	605 989 926		
identyfikator REGON	363493760		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	MEDEOR PORADNIA WIELOSPECJALISTYCZNA		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 91-308 Ciesielska 8		
telefon/ telefony	422334899		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 192	**210737**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	"DUET-MED" M.Binikowska-Gać Spółka Jawna		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 93-341 ul. Zygmunta 148c		
telefon/ telefony:	533344733		
identyfikator REGON	100202433		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	ZAKŁAD OPIEKUŃCZO-LECZNICZY "DOM POD DĘBAMI"	**P**	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 93-341 ul. Zygmunta 148c		
telefon/ telefony	533344733		
Data dodania do wykazu		13.01.2021	
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 193	**210747**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**

nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ ZDROWIE ROGÓW SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ROGÓW 95-063 Wojska Polskiego 13		
telefon/ telefony:	504 256 714		
identyfikator REGON	366704170		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Zdrowie Rogów		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Rogów 95-063 Wojska Polskiego 13		
telefon/ telefony	468748114		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 194	**210768**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	GABINET LEKARSKI W MIEJSCU WEZWANIA ANNA KAMIŃSKA-KOWALCZYK		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź-Bałuty 91-042 Zygmunta Sierakowskiego 8/10		
telefon/ telefony:	42 653 61 73		
identyfikator REGON	473259349		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	NZOZ PORADNIA NOVA SIERAKOWSKIEGO		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 92-041 Sierakowskiego 8/10		
telefon/ telefony	426536173		
Data dodania do wykazu			30.12.2020

Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 195	**210771**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	MEDIGAB Marian Gabrysiak		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź-Bałuty 91-324 Zygmunta Sierakowskiego 67A		
telefon/ telefony:	515 332 545		
identyfikator REGON	368551887		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PORADNIA POJEZIERSKA		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 91-324 Sierakowskiego 67a		
telefon/ telefony	426116022		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 196	**210785**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	CENTRUM MEDYCZNE REMEDIUM SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź-Górna 93-177 gen. Jarosława Dąbrowskiego 15 B		
telefon/ telefony:	42 230 91 28		
identyfikator REGON	369620490		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Przychodnia		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 90-348 ul. Tylna 5		
telefon/ telefony	422309128		

Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	CENTRUM MEDYCZNE REMEDIUM		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 93-177 ul. gen. J. Dąbrowskiego 15B		
telefon/ telefony	422309128		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 197	**210787**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Centrum Medyczne OLMED spółka z ograniczoną odpowiedzialnością sp.k.		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 92-439, ul. Jagienki 32		
telefon/ telefony:	501 867 362		
identyfikator REGON	383091431		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	CENTRUM MEDYCZNE OLMED		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Konstantynów Łódzki 95-050 Piłsudskiego 1		
telefon/ telefony	501867362		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	CENTRUM MEDYCZNE OLMED		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 92-439 Jagienki 32		

telefon/ telefony	501867362		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 198	**210789**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	SKŁADOWA ZDROWIA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 90-127 Składowa 16/18		
telefon/ telefony:	888123777		
identyfikator REGON	142860356		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	SKŁADOWA ZDROWIA		**2**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 90-127 Składowa 16/18		
telefon/ telefony	888123777		
Data dodania do wykazu			31.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 199	**210807**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	POLMED LIMITED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ ODDZIAŁ W POLSCE		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 93-213 ul. Juliusza Kossaka 3/28		
telefon/ telefony:	690025100		
identyfikator REGON	366568932		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	POLMED LIMITED		

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 90-364 Tylna 4C/47		1
telefon/ telefony	690025100		
Data dodania do wykazu			31.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 200	**210808**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	IP CLINIC SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 90-752 Żeligowskiego 3/5		
telefon/ telefony:	513046125		
identyfikator REGON	382328470		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	IP Clinic		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 90-752 Żeligowskiego 3/5		
telefon/ telefony	42 208 97 98		
Data dodania do wykazu			31.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 201	**210809**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	BIONANOPARK SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 93-465 Stanisława Dubois 114/116		
telefon/ telefony:	422807676		
identyfikator REGON	473214329		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**

nazwa:	BIONANOPARK SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		2
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 93-465 Stanisława Dubois 114/116		
telefon/ telefony	422807676		
Data dodania do wykazu			31.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 202	**210811**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Sławomir Walczak		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 91-002 Zgierska 2/8		
telefon/ telefony:	503073769		
identyfikator REGON	812661486		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	NZOZ Profilaktyka i Zdrowie		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 90-553 Kopernika 67/69		
telefon/ telefony	506110508		
Data dodania do wykazu			31.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 203	**210812**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	MOBILNY LEKARZ A.BARANOWSKA-JAŹWIECKA I A.SALIŃSKI LEKARZE SPÓŁKA PARTNERSKA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 94-314 ul. Stare Złotno 4		
telefon/ telefony:	692733446		
identyfikator REGON	380375398		

Miejsce udzielania świadczeń 1		szczepienie personelu *	liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	MOBILNY LEKARZ		5
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 91-469 Kochanowskiego 14a		
telefon/ telefony	694929494		
Data dodania do wykazu			31.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 204	210813	szczepienie personelu	szczepienie populacyjne
nazwa:	APPLETREECLINICS NETWORK SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 91-503 ul. Skrzydlata 49		
telefon/ telefony:	504141116		
identyfikator REGON	381368087		

Miejsce udzielania świadczeń 1		szczepienie personelu *	liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	APPLETREECLINICS NETWORK		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 90-349 Tymienieckiego 20		
telefon/ telefony	504141116		
Data dodania do wykazu			31.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 205	210814	szczepienie personelu	szczepienie populacyjne
nazwa:	Gajos Iwona		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	indywidualna praktyka		
telefon/ telefony:	665592020		
identyfikator REGON	471242244		

Miejsce udzielania świadczeń 1		szczepienie personelu *	liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Novamed Zdrowie		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 90-031 Nowa 16/18		
telefon/ telefony	601 330 709; 502 530 899		
Data dodania do wykazu			31.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 206	210843	szczepienie personelu	szczepienie populacyjne
nazwa:	Szpital Głowno Grupa Zdrowie Spółka z o.o.		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Głowno 95-015 ul. Wojska Polskiego 32/34		
telefon/ telefony:	42 719 64 60		
identyfikator REGON	369413638		

Miejsce udzielania świadczeń 1		szczepienie personelu *	liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Szpital Głowno Grupa Zdrowie Spółka z o.o.	W	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Głowno 95-015 ul. Wojska Polskiego 32/34		
telefon/ telefony	42 719 64 60		
Data dodania do wykazu		23.12.2020	
Data wykreślenia z wykazu			

Miejsce udzielania świadczeń 2		szczepienie personelu *	liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Szpital Głowno Grupa Zdrowie Spółka z o.o.		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Głowno 95-015 WOJSKA POLSKIEGO 32/34		
telefon/ telefony	427196460		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 207	210893	szczepienie personelu	szczepienie populacyjne
nazwa:	A. I A. KAROS "DAR-MED" SPÓŁKA JAWNA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 93-372 ul. Mylna 2		
telefon/ telefony:	695296641		
identyfikator REGON	100004510		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	A. I A. KAROS "DAR-MED" SPÓŁKA JAWNA	**P**	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 93-372 ul. Mylna 2		
telefon/ telefony	42 682 92 62		
Data dodania do wykazu		28.12.2020	
Data wykreślenia z wykazu			

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 208	210900	szczepienie personelu	szczepienie populacyjne
nazwa:	GLOBALMEDIC SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ SPÓŁKA KOMANDYTOWA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 90-508 ul. Gdańska 90/2-1		
telefon/ telefony:	501098131		
identyfikator REGON	386570818		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	CENTRUM MEDYCZNE GLOBALMEDIC		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kutno 99-300 Barlickiego 2		
telefon/ telefony	24 384 71 17; 730 740 086		
Data dodania do wykazu			31.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 209	220003	szczepienie personelu	szczepienie populacyjne
nazwa:	Zduńskowolski Szpital Powiatowy Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Zduńska Wola 98-220 ul. Królewska 29		
telefon/ telefony:	43 824 41 47		
identyfikator REGON	000312515		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Zduńskowolski Szpital Powiatowy Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	**W**	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Zduńska Wola 98-220 ul. Królewska 29		
telefon/ telefony	43 824 41 47		
Data dodania do wykazu		23.12.2020	
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Zduńskowolski Szpital Powiatowy		**3**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Zduńska Wola 98-220 Królewska 29		
telefon/ telefony	438244155		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 210	**220005**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Iwona Czyż		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Osjaków 98-320 Wieluńska 11		
telefon/ telefony:	43 842 33 11		

identyfikator REGON	730983500		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Vitamed"		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Osjaków 98-320 Wieluńska 11		
telefon/ telefony	438423311		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 211	**220019**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej, Poradnia Medycyny Rodzinnej s.c. Jarosław Foryś, Cezary Bartoszek		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KLONOWA 98-273 Czajkowska 30B		
telefon/ telefony:	43 820 84 94		
identyfikator REGON	730934157		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej, Poradnia Medycyny Rodzinnej s.c. Jarosław Foryś, Cezary Bartoszek w Klonowej		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Klonowa 98-273 Czajkowska 30B 30B		
telefon/ telefony	438208494		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 212	**220022**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**

nazwa:	TRES-MED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Sieradz 98-200 Rycerska 2		
telefon/ telefony:	43 826 31 89		
identyfikator REGON	008114163		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	przychodnia		**2**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Sieradz 98-200 Krakowskie Przedmieście 10		
telefon/ telefony	438271441		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 213	**220027**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	PPHU "TOMKAR" S.C. Halina Styśko, Piotr Styśko		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Poddębice 99-200 Zielona 2A		
telefon/ telefony:	43 678 95 00		
identyfikator REGON	730982802		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	przychodnia		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Poddębice 99-200 Ignacego Krasickiego 11a		
telefon/ telefony	669110310		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 214	**220029**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**

nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Poradnia Medycyny Rodzinnej s.c. Beata Majdańska-Siwecka, Mirosław Siwecki		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Brąszewice 98-277 Sieradzka 96		
telefon/ telefony:	43 821 17 25		
identyfikator REGON	730934170		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia Medycyny Rodzinnej		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Brąszewice 98-277 Sieradzka 96		
telefon/ telefony	438211725		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 215	**220035**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	CENTROMED RENATA ROLIRAT, MAREK OKULSKI SPÓŁKA JAWNA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Błaszki 98-235 Krótka 2		
telefon/ telefony:	43 829 39 99		
identyfikator REGON	731640110		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PRZYCHODNIA LEKARSKA CENTROMED		**2**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Błaszki 98-235 Krótka 2		
telefon/ telefony	438293999		
Data dodania do wykazu			30.12.2020

Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 216	**220039**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	PRIMAMED S.C. HANNA ŚWITKOWSKA BARBARA KRZYWAŃSKA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Sieradz 98-200 Polskiej Organizacji Wojskowej 27A		
telefon/ telefony:	43 827 90 50		
identyfikator REGON	730940005		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	CENTRUM MEDYCZNE PRIMAMED		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Sieradz 98-200 Polskiej Organizacji Wojskowej 27A		**1**
telefon/ telefony	438279050		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 217	**220041**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	NZOZ SALUS C.PIOTROWSKA SPÓŁKA JAWNA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	UNIEJÓW 99-210 Orzechowa 2		
telefon/ telefony:	632 888 562		
identyfikator REGON	361988463		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	NZOZ SALUS		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Uniejów 99-210 Orzechowa 2		**1**
telefon/ telefony	509008218		
Data dodania do wykazu			30.12.2020

Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 218	**220044**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	ZDROWIE PORADNIA OGÓLNA NOWAK SPÓŁKA JAWNA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Wieluń 98-300 Adama Mickiewicza 12		
telefon/ telefony:	43 843 15 60		
identyfikator REGON	730988199		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "ZDROWIE" PORADNIA OGÓLNA		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Wieluń 98-300 Mickiewicza 12		
telefon/ telefony	43 843 15 60; 43 843 15 61		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 219	**220058**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	PORADNIA FAMILIA W SZYNKIELOWIE Andrzej Kacała		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Szynkielów 98-313 46		
telefon/ telefony:	43 842 40 96		
identyfikator REGON	367815491		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	PORADNIA FAMILIA W SZYNKIELOWIE		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Szynkielów 98-313 - 46		

telefon/ telefony	438424096		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 220	**220060**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	BOLSMED ZDZIESZYŃSKI SPÓŁKA JAWNA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Bolesławiec 98-430 Tadeusza Kościuszki 6		
telefon/ telefony:	62 783 60 92		
identyfikator REGON	385693401		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	BOLSMED		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BOLESŁAWIEC 98-430 KOŚCIUSZKI 6		**1**
telefon/ telefony	627836092		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 221	**220063**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	ANNA GÓRNA-HAJDUGA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Sokolniki 98-420 Szkolna 3		
telefon/ telefony:	627 846 187		
identyfikator REGON	730286095		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Zakład Opieki Zdrowotnej "ESKULAP"		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Sokolniki 98-420 Szkolna 3		**1**
telefon/ telefony	667738035		

Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 222	**220064**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Zakład Opieki Zdrowotnej "DOMESTICA" s.c. Magdalena Bieda, Robert Bieda		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Czastary 98-410 Szkolna 5		
telefon/ telefony:	601 951 551		
identyfikator REGON	250838784		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Zakład Opieki Zdrowotnej "DOMESTICA" s.c.		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Czastary 98-410 Szkolna 5		**1**
telefon/ telefony	627843120		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 223	**220065**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Maria Puchała-Nowak		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	GALEWICE 98-405 Osiek 185c		
telefon/ telefony:	627 843 421		
identyfikator REGON	250678493		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Ośrodek Zdrowia w Galewicach		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Galewice 98-405 M. Konopnickiej 18		**1**
telefon/ telefony	627843421 601265475		

Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Ośrodek Zdrowia w Osieku		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Osiek 98-405 Osiek 185c		
telefon/ telefony	627843421 601265475		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 224	**220066**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "BONUS" spółka cywilna Gabriela Lis i Andrzej Lis		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WIERUSZÓW 98-400 Mikołaja Kopernika 4		
telefon/ telefony:	627 841 197		
identyfikator REGON	250838790		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "BONUS" s.c. G. i A. Lis		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Wieruszów 98-400 Kopernika 4		
telefon/ telefony	623071117		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 225	**220123**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Marek Hrabański		

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Dzietrzniki 98-335 108 A		
telefon/ telefony:	43 841 26 25		
identyfikator REGON	730940258		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "MARMED"		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Dzietrzniki 98-335 Dzietrzniki 108a		
telefon/ telefony	438412625		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 226	**220130**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	ZDUMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Zduńska Wola 98-220 Fryderyka Chopina 22		
telefon/ telefony:	43 824 99 00		
identyfikator REGON	731008599		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "ZDUMED" SP.Z O.O.		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Zduńska Wola 98-220 Fryderyka Chopina 22		
telefon/ telefony	513552473		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 227	**220165**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**

nazwa:	MIROSŁAW PUŁAWSKI		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Wieluń 98-300 Kolejowa 6		
telefon/ telefony:	43 843 92 96		
identyfikator REGON	730331051		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Przychodnia		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kraszkowice 98-324 Wieluńska 36		
telefon/ telefony	438421495		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "HIPOKRATES"		**2**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Wieluń 98-300 ul. Kolejowa 6		
telefon/ telefony	438439296		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 3		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Przychodnia		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Wierzchlas 98-324 Szkolna 48		
telefon/ telefony	438866118		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 228	220166	szczepienie personelu	szczepienie populacyjne
nazwa:	DESIEWICZ I WSPÓLNICY SPÓŁKA JAWNA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Wartkowice 99-220 Legionów Polskich 1		
telefon/ telefony:	43 678 51 16		
identyfikator REGON	731024380		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ośrodek Zdrowia Wartkowice		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Wartkowice 99-220 Legionów Polskich 1		
telefon/ telefony	436785116		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 229	**220167**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ ZDROWIE W DZIAŁOSZYNIE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ SPÓŁKA KOMANDYTOWA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Działoszyn 98-355 Józefa Piłsudskiego 21B		
telefon/ telefony:	43 841 32 51		
identyfikator REGON	590776137		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ ZDROWIE		

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	DZIAŁOSZYN 98-355 Piłsudskiego 21B		1
telefon/ telefony	438413001		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 230	**220206**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	ZDROWIE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Sieradz 98-200 Aleja Pokoju 7		
telefon/ telefony:	43 822 19 99		
identyfikator REGON	731018244		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Zespół Poradni "ZDROWIE" Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Sieradzu		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Sieradz 98-200 ALEJA POKOJU 7		
telefon/ telefony	438221999		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			15.01.2021
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Przychodnia - Filia		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Zduńska Wola 98-220 SPACEROWA 23		
telefon/ telefony	438245464		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			15.01.2021

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 231	220211	szczepienie personelu	szczepienie populacyjne
nazwa:	NZOZ CENTRUM A. KRZYMIANOWSKA, S. NOWETA SPÓŁKA JAWNA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Warta 98-290 Koźmińska 9		
telefon/ telefony:	43 829 48 87		
identyfikator REGON	366054080		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "CENTRUM"		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Warta 98-290 Koźmińska 9		
telefon/ telefony	438294887		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 232	**220213**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MEDICUS SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Zduńska Wola 98-220 Opiesińska 10-12		
telefon/ telefony:	43 823 25 93		
identyfikator REGON	731033232		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Nowa Przychodnia		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Zduńska Wola 98-220 Opiesińska 10-12		

telefon/ telefony	438232593		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 233	**220216**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	POLIMED STARZYŃSKA-BIAŁEK SPÓŁKA JAWNA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Brzeźnio 98-275 ul. Wspólna 37		
telefon/ telefony:	43 820 30 70		
identyfikator REGON	731023995		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ POLIMED SPÓŁKA JAWNA		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Brzeźnio 98-275 Wspólna 37		
telefon/ telefony	438203070		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Przychodnia		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Widawa 98-170 Sieradzka 5		
telefon/ telefony	436721717		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 234	**220229**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	SPÓŁKA PARTNERSKA LEKARZY - JASKÓLSKI I JASKÓLSKI		

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	PĘCZNIEW 99-235 Sportowa 5/7		
telefon/ telefony:	43 678 15 90		
identyfikator REGON	731508050		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Ośrodek Zdrowia - filia		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Niemysłów 99-200 Niemysłów 33		
telefon/ telefony	436787162		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Ośrodek Zdrowia		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Pęczniew 99-235 Sportowa 5/7		
telefon/ telefony	436781590		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 235	**220230**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	NZOZ GOSZCZANÓW A. BAJOR, A. STĘPIŃSKA - ŻUBEREK SPÓŁKA JAWNA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Goszczanów 98-215 Kaliska 18		
telefon/ telefony:	43 829 70 16		
identyfikator REGON	731504476		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**

nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "PORADNIA MEDYCYNY RODZINNEJ"		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	GOSZCZANÓW 98-215 KALISKA 18		
telefon/ telefony	438297016		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 236	**210251**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	DOKTOR Spółka Jawna Joanna Rogowska, Jacek Majos		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 90-451 Piotrkowska 199/201		
telefon/ telefony:	42 637 26 60		
identyfikator REGON	472957413		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "DOKTOR"		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 90-451 Piotrkowska 199/201		
telefon/ telefony	426372666		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			15.01.2021
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 237	**220257**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	PRZYCHODNIA- IWONA PRZYGODZKA, RENATA MUSIELSKA, ANNA PIETRUCHA, RENATA TOKAREK SPÓŁKA JAWNA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Błaszki 98-235 Sieradzka 59		
telefon/ telefony:	43 829 24 81		

identyfikator REGON	731512518		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "PRZYCHODNIA" Iwona Przygodzka, Renata Musielska, Anna Pietrucha, Renata Tokarek		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Błaszki 98-235 Sieradzka 59		
telefon/ telefony	438292481		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 238	**220279**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Jeremi Pawlak		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kalinowa 98-235 Kalinowa 107a		
telefon/ telefony:	43 829 33 82		
identyfikator REGON	730288384		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	OŚRODEK ZDROWIA KALINOWA		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kalinowa 98-235 Kalinowa 107A		
telefon/ telefony	438293382		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 239	**220289**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "MOŻ-MED" SPÓŁKA JAWNA MOŻDŻAN		

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Poddębice 99-200 ul. Miła 27		
telefon/ telefony:	43 67 89 899		
identyfikator REGON	731503749		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "MOŻ-MED" SPÓŁKA JAWNA MOŻDŻAN	**P**	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Poddębice 99-200 ul. Miła 27		
telefon/ telefony	436789899		
Data dodania do wykazu		28.12.2020	
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 240	**220305**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	NZOZ MEDICOR SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Wierzchlas 98-324 150		
telefon/ telefony:	438 422 594		
identyfikator REGON	386188935		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "MEDICOR"		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Mierzyce 98-324 - 150		
telefon/ telefony	438422594		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 241	**220310**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**

nazwa:	NZOZ BOMED SŁAWOMIR BĄK, MICHAŁ BĄK S.C.		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Wieluń 98-300 Stefana Żeromskiego 2		
telefon/ telefony:	43 841 10 01		
identyfikator REGON	365654405		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ BOMED S.C.		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Wieluń 98-300 Stefana Żeromskiego 2		
telefon/ telefony	43 841 10 01		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 242	**220312**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	PEYMAN MOKRI KORDESTANI		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Krzyworzeka 98-345 137C		
telefon/ telefony:	43 655 74 80		
identyfikator REGON	152001013		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	NZOZ KAMED		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KRZYWORZEKA 98-345 KRZYWORZEKA 137c		
telefon/ telefony	436557481		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 243	**220333**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**

nazwa:	Powiatowe Centrum Medyczne Sp. z.o.o. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Powiatowy		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Wieruszów 98-400 ul. Warszawska 104		
telefon/ telefony:	62 78 45 502		
identyfikator REGON	100540800		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Powiatowe Centrum Medyczne Sp. z.o.o. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Powiatowy	**W**	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Wieruszów 98-400 ul. Warszawska 104		
telefon/ telefony	62 784 55 00		
Data dodania do wykazu		23.12.2020	
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 244	**220338**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Poddębickie Centrum Zdrowia Sp. z o.o.		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Poddębice 99-200 ul. Mickiewicza 16		
telefon/ telefony:	43 82 88 250		
identyfikator REGON	101075971		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poddębickie Centrum Zdrowia Sp. z o.o.	**W**	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Poddębice 99-200 ul. Mickiewicza 16		
telefon/ telefony	516 180 773		
Data dodania do wykazu		23.12.2020	

Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 245	**220343**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	MEDYK SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ SPÓŁKA KOMANDYTOWA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Wieluń 98-300 Józefa Piłsudskiego 8		
telefon/ telefony:	601 800 699		
identyfikator REGON	101448521		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Przychodnia Specjalistyczna MEDYK		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Wieluń 98-300 Piłsudskiego 8		**1**
telefon/ telefony	577974034		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 246	**220350**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Szpitale Powiatowe Spółka z o.o.		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łask 98-100 ul Warszawska 62A		
telefon/ telefony:	43 67 55 555		
identyfikator REGON	240254246		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Szpitale Powiatowe Spółka z o.o.		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łask 98-100 ul Warszawska 62A	**W**	
telefon/ telefony	43 675 21 92		
Data dodania do wykazu		23.12.2020	

Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	SZPITAL ŁASK		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łask 98-100 Warszawska 62A		
telefon/ telefony	436761011		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 247	**230001**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Spółka cywilna: Paweł Machlański Teresa Machlańska		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kaleń 96-206 Kaleń 53		
telefon/ telefony:	46 815 61 27		
identyfikator REGON	750147567		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	NZOZ KALMED s.c.		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kaleń 96-206 Kaleń 53		
telefon/ telefony	468156127		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 248	**230002**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	RAW-MEDICA JAN BUDEK,MARIANNA BUDEK,MONIKA BUDEK-ŚWIERCZEK,AGNIESZKA BUDEK-SYDOR SPÓŁKA CYWILNA		

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	RAWA MAZOWIECKA 96-200 Juliusza Słowackiego 68		
telefon/ telefony:	46 814 40 12		
identyfikator REGON	100827305		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej RAW - MEDICA		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Rawa Mazowiecka 96-200 Słowackiego 68		
telefon/ telefony	468144012		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 249	**230004**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	ANDRZEJ FLORCZAK		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Nieborów 99-416 Aleja Lipowa 102		
telefon/ telefony:	468 385 690		
identyfikator REGON	750128334		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Praktyki Lekarza Rodzinnego Andrzej Florczak		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Nieborów 99-416 Aleja Lipowa 102		
telefon/ telefony	468385690		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 250	**230005**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**

nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ WIGOR SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŁOWICZ 99-400 Batalionów Chłopskich 2b		
telefon/ telefony:	468 373 660		
identyfikator REGON	367744673		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	NZOZ WIGOR		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łowicz 99-400 Batalionów Chłopskich 2b		
telefon/ telefony	468373660		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 251	**230008**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W ZDUNACH PRZYCHODNIA ZDROWIA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Zduny 99-440 34		
telefon/ telefony:	46 838 75 35		
identyfikator REGON	380080154		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	NZOZ W ZDUNACH PRZYCHODNIA ZDROWIA SP. Z O.O.		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Zduny 99-440 - 34		
telefon/ telefony	468387535		

Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 252	**230014**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	MC MEDICAL SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Domaniewice 99-434 Główna 9		
telefon/ telefony:	468 383 590		
identyfikator REGON	380890232		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	MEDICENTER		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Domaniewice 99-434 Główna 9		
telefon/ telefony	468383590		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 253	**230017**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PRZYCHODNIA MEDYCYNY RODZINNEJ "WIDOK" SPÓŁKA JAWNA MACIEJ PIGOŃ MARIA STEBEL		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SKIERNIEWICE 96-100 Melchiora Wańkowicza 7		
telefon/ telefony:	468 326 933		
identyfikator REGON	750129701		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	NZOZ Przychodnia Medycyny Rodzinnej WIDOK		

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Skierniewice 96-100 Melchiora Wańkowicza 7		**2**
telefon/ telefony	468326933		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 254	**230020**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MEDICUS SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Lipce Reymontowskie 96-127 Reymonta 25		
telefon/ telefony:	46 831 61 29		
identyfikator REGON	366335961		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	NZOZ Medicus		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Lipce Reymontowskie 96-127 Reymonta 25		
telefon/ telefony	468316129		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 255	**230021**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	PRAKTYKA LEKARZY "KOPERNIK" JACEK NAPIÓRKOWSKI SPÓŁKA JAWNA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SKIERNIEWICE 96-100 Mikołaja Kopernika 9a		
telefon/ telefony:	46 833 69 89		
identyfikator REGON	750138700		

Miejsce udzielania świadczeń 1		szczepienie personelu *	liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "KOPERNIK" J.NAPIÓRKOWSKI SPÓŁKA JAWNA		2
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Skierniewice 96-100 Kopernika 9a		
telefon/ telefony	736365805		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 256	**230024**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	CENTRUM PEDIATRYCZNE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŁOWICZ 99-400 Świętojańska 1/3b		
telefon/ telefony:	468 373 460		
identyfikator REGON	750121906		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	NZOZ Świętojańska		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łowicz 44-400 Świętojańska 1/3B		
telefon/ telefony	468373460		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 257	**230027**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Marzena Witkowska		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Świnice Warckie 99-140 Szkolna 10		
telefon/ telefony:	63 288 10 25		

identyfikator REGON	472349180		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "MAMED"		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Świnice Warckie 99-140 Szkolna 10		
telefon/ telefony	695441259		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 258	**230028**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Kaliska Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŁOWICZ 99-400 Stary Rynek 16		
telefon/ telefony:	46 830 35 05		
identyfikator REGON	750186521		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Kaliska" sp. z o.o. w Łowiczu		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łowicz 99-400 Stary Rynek 16		
telefon/ telefony	606371076		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 259	**230029**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	PRZYCHODNIA LEKARSKA "REMEDIUM" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	RAWA MAZOWIECKA 96-200 Polna 2B		

telefon/ telefony:	46 814 54 77		
identyfikator REGON	750201500		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	NZOZ PRZYCHODNIA LEKARSKA REMEDIUM		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Rawa Mazowiecka 96-200 Polna 2b		
telefon/ telefony	468145477		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 260	**230032**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "DOBREGO ZDROWIA" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Głuchów 96-130 Klonowa 16		
telefon/ telefony:	46 815 70 25		
identyfikator REGON	384621428		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "DOBREGO ZDROWIA" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Głuchów 96-130 al. Klonowa 16		
telefon/ telefony	468157025		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 261	**230033**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**

nazwa:	LEKARZ Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŁOWICZ 99-400 Podrzeczna 7A		
telefon/ telefony:	46 830 32 21		
identyfikator REGON	750190630		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "LEKARZ" Sp. z o.o.		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łowicz 99-400 PODRZECZNA 7a		
telefon/ telefony	468303221		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 262	**230034**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MEDAR DARIUSZ SKUDLARSKI		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŁĘCZYCA 99-100 Jana Kilińskiego 4		
telefon/ telefony:	24 721 28 80		
identyfikator REGON	611008900		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej MEDAR		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łęczyca 99-100 Kilińskiego 4		
telefon/ telefony	247212880		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 263	230036	szczepienie personelu	szczepienie populacyjne
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "MEDICUS" SPÓŁKA JAWNA MARCIN GUDAJ, DANUTA GUDAJ, LUCYNA GUDAJ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Małszyce 99-400 Małszyce 78		
telefon/ telefony:	242 779 109		
identyfikator REGON	750443946		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Przychodnia w Kiernozi przy ul. Kościuszki 3a		**2**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kiernozia 99-412 KOŚCIUSZKI 3A		
telefon/ telefony	242779109		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 264	**230037**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MEDYK SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KUTNO 99-300 Grunwaldzka 2		
telefon/ telefony:	24 355 84 71		
identyfikator REGON	472267476		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MEDYK		

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kutno 99-300 Grunwaldzka 2		6
telefon/ telefony	24 355 84 70; 24 355 84 71		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 265	**230038**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	N.Z.O.Z Przychodnia Lekarska Medyk w Łowiczu Wojciech Pietrzak, Mariusz Pietrzak, Małgorzata Pietrzak, Sławomir Gajda		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŁOWICZ 99-400 Ułańska 2		
telefon/ telefony:	468 370 535		
identyfikator REGON	750773721		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Lekarska MEDYK w Łowiczu		2
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łowicz 99-400 Ułańska 2		
telefon/ telefony	468370535		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 266	**230039**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	PARTNER S.C.ZBIGNIEW DEKA, MAŁGORZATA KUKIEŁA-DEKA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kocierzew Południowy 99-414 Kocierzew Południowy 86		
telefon/ telefony:	468 384 890		
identyfikator REGON	100423938		

Miejsce udzielania świadczeń 1		szczepienie personelu *	liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "PARTNER" S.C. ZBIGNIEW DEKA, MAŁGORZATA KUKIEŁA-DEKA		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KOCIERZEW POŁUDNIOWY 99-414 KOCIERZEW POŁUDNIOWY 86		
telefon/ telefony	468384890		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 267	230041	szczepienie personelu	szczepienie populacyjne
nazwa:	CENTRUM MEDYCZNE OGRODOWA OMC SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ SPÓŁKA KOMANDYTOWA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SKIERNIEWICE 96-100 Ogrodowa 21/23		
telefon/ telefony:	46 832 11 11		
identyfikator REGON	101836826		

Miejsce udzielania świadczeń 1		szczepienie personelu *	liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	CENTRUM MEDYCZNE OGRODOWA		3
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Skierniewice 96-100 Ogrodowa 21/23		
telefon/ telefony	608106354		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			

Miejsce udzielania świadczeń 2		szczepienie personelu *	liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Punkt Szczepień		

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Bolimów 99-417 ul. Łowicka 9A		1
telefon/ telefony	(46) 8380565		
Data dodania do wykazu			19.01.2021
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 3		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt Szczepień		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Nowy Kawęczyn 96-115 Nowy Kawęczyn 1		
telefon/ telefony	(46) 8314129		
Data dodania do wykazu			19.01.2021
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 4		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt Szczepień		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Maków 96-124 ul. Główna 3		
telefon/ telefony	(46) 8312213		
Data dodania do wykazu			19.01.2021
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 268	**230043**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Julitta Kaczmarek-Szewczyk		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Stara Sobótka 99-150 18		
telefon/ telefony:	63 263 44 12		
identyfikator REGON	311021903		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej " SALMED"		

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Stara Sobótka 99-150 Stara Sobótka 18		**1**
telefon/ telefony	516635536		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 269	**230044**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	WITOMED Łabędzcy spółka jawna		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŁĘCZYCA 99-100 Zachodnia 10		
telefon/ telefony:	24 721 86 54		
identyfikator REGON	473181191		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej WITOMED		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Witonia 99-335 Szkolna 5		**2**
telefon/ telefony	243564011		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 270	**230045**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	PRZYCHODNIA LEKARSKA BARBARA MORAWSKA SPÓŁKA CYWILNA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŁOWICZ 99-400 Świętojańska 1/3 B		
telefon/ telefony:	468 373 675		
identyfikator REGON	100425558		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**

nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Lekarska Barbara Morawska spółka cywilna		2
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łowicz 99-400 ŚWIĘTOJAŃSKA 1/3B		
telefon/ telefony	604519653		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 271	**230050**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	ALMAMED S.C.		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŻYCHLIN 99-320 Marii Konopnickiej 5A		
telefon/ telefony:	24 285 10 90		
identyfikator REGON	472262556		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ ALMAMED		4
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Żychlin 99-320 Marii Konopnickiej 5A		
telefon/ telefony	500150229		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Oporów 99-322 Oporów 16A		
telefon/ telefony	243831500		
Data dodania do wykazu			19.01.2021

Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 272	**230070**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	RODZINA JÓZEF ISKRA, BOŻENA WÓJCIŃSKA SPÓŁKA JAWNA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KUTNO 99-300 Kościuszki 21		
telefon/ telefony:	24 355 63 70		
identyfikator REGON	472346715		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "RODZINA"		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kutno 99-300 Kołłątaja 23		**1**
telefon/ telefony	690690602		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			15.01.2021
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 273	**230077**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Vita - med Witold Szymański		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	REGNÓW 96-232 86		
telefon/ telefony:	46 815 24 68		
identyfikator REGON	750322438		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej VITA - MED		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Regnów 96-232 Regnów 86		**1**
telefon/ telefony	468131691		
Data dodania do wykazu			30.12.2020

Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Przychodnia - filia		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Sierzchowy 96-214 Sierzchowy 61		
telefon/ telefony	468152468		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 3		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Przychodnia - filia		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	DAŃKÓW 96-230 DAŃKÓW 3		
telefon/ telefony	46 815 94 69		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 274	**230093**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Paweł Odważny		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŁĘCZYCA 99-100 Bitwy nad Bzurą 33		
telefon/ telefony:	24 388 15 17		
identyfikator REGON	472300819		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	przychodnia		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Mazew 99-107 Mazew 56		
telefon/ telefony	243891912		
Data dodania do wykazu			30.12.2020

Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 275	**230105**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	IBERYS SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ SPÓŁKA KOMANDYTOWA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŁOWICZ 99-400 3 Maja 15		
telefon/ telefony:	46 837 85 46		
identyfikator REGON	101695538		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	MEDICENTER		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łowicz 99-400 3 Maja 13		**1**
telefon/ telefony	468808082		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 276	**230110**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "INTER-MED" S.C. ROBERT GRUCHOT, MARIA GRUCHOT		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BEDLNO 99-311 26a		
telefon/ telefony:	242 821 734		
identyfikator REGON	473186930		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "INTER-MED" S.C. ROBERT GRUCHOT, MARIA GRUCHOT		**1**

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BEDLNO 99-311 BEDLNO 26A		1
telefon/ telefony	603688214		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 277	**230117**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Spółka cywilna M.M. Jastrzębscy, M. Klemba-Borek, L. Diks, J. Śliwińska		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SKIERNIEWICE 96-100 Armii Krajowej 33		
telefon/ telefony:	46 833 53 08		
identyfikator REGON	750264729		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	NZOZ Przychodnia Lekarsko - Rehabilitacyjna KA-MED s.c.		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Skierniewnice 96-100 Armii Krajowej 33		
telefon/ telefony	468335308		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 278	**230119**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Jan Wróblewski		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŁOWICZ 99-400 Mostowa 4		
telefon/ telefony:	468 373 591		
identyfikator REGON	750313250		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**

nazwa:	Jan Wróblewski Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Łowicka Przychodnia Zdrowia -punkt szczepień		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łowicz 99-400 MOSTOWA 4		
telefon/ telefony	468373591		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 279	**230133**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ LEKARZY RODZINNYCH L. KORZON, J. KURYŁEK, B. ONISK-STRĄK .SPÓŁKA PARTNERSKA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Godzianów 96-126 Leśna 4/6		
telefon/ telefony:	46 875 53 01		
identyfikator REGON	100056799		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Filia Godzianów		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Godzianów 96-126 Leśna 43927		
telefon/ telefony	468311174		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Filia Słupia		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Słupia 96-128 Słupia 133		
telefon/ telefony	468315576		

Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 3		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Przychodnia		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Jeżów 95-047 Jana III Sobieskiego 9		
telefon/ telefony	468755301		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 280	**230140**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Grażyna Marszewska		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Strzelce 99-307 Leśna 1		
telefon/ telefony:	24 356 67 71		
identyfikator REGON	610408890		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "ORMED"		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Strzelce 99-307 Leśna 1		
telefon/ telefony	243566771		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 281	**230143**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	NZOZ MEDICAL SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KROŚNIEWICE 99-340 Poznańska 18/20		

telefon/ telefony:	601 715 269		
identyfikator REGON	363773548		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Gabinet Lekarza Rodzinnego		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Krośniewice 99-340 Poznańska 18/20		
telefon/ telefony	242525001		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 282	**230148**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ ESKULAP BIAŁA RAWSKA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BIAŁA RAWSKA 96-230 Jana Pawła II 55		
telefon/ telefony:	46 815 87 11		
identyfikator REGON	101399449		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	NZOZ „ESKULAP”		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BIAŁA RAWSKA 96-230 JANA PAWŁA II 55		
telefon/ telefony	468158710		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 283	**230149**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	NZOZ ANNA MEDYCYNA RODZINNA ANNA I ANDRZEJ SMALC SPÓŁKA JAWNA		

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BEŁCHÓW 99-418 Piaskowa 1		
telefon/ telefony:	468 386 790		
identyfikator REGON	101841023		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	NZOZ ANNA MEDYCYNA RODZINNA		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BEŁCHÓW 99-418 PIASKOWA 1		
telefon/ telefony	468386790		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 284	**230151**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	SPÓŁDZIELNIA INWALIDÓW "TĘCZA" ZAKŁAD PRACY CHRONIONEJ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łęczyca 99-100 ul. Lotnicza 2A		
telefon/ telefony:	24 721 27 20		
identyfikator REGON	000453760		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	SPÓŁDZIELNIA INWALIDÓW "TĘCZA" ZAKŁAD PRACY CHRONIONEJ	**P**	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łęczyca 99-100 ul. Lotnicza 2A		
telefon/ telefony	24 721 27 20		
Data dodania do wykazu		28.12.2020	
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 285	**230155**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**

nazwa:	MEDYK SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SKIERNIEWICE 96-100 Henryka Sienkiewicza 1		
telefon/ telefony:	556 202 020		
identyfikator REGON	1019409		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	MEDYK Sp. zo.o.		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Skierniewice 96-100 Henryka Sienkiewicza 1		
telefon/ telefony	556202020		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 286	**230156**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	LUXMEDICA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŻYCHLIN 99-320 Konwaliowa 2		
telefon/ telefony:	24 231 91 00		
identyfikator REGON	363973000		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	LUXMEDICA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Żychlin 99-320 Konwaliowa 2		
telefon/ telefony	243687007		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			

Miejsce udzielania świadczeń 2		szczepienie personelu *	liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Przychodnia Biała - Filia Gieczno "LUXMEDICA" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Gieczno 95-001 Główna 43		
telefon/ telefony	782087878		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 3		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Przychodnia BIAŁA "LUXMEDICA" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Biała 95-001 Kościelna 1A		
telefon/ telefony	782017878		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 4		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Przychodnia w Bedlnie "LUXMEDICA" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BEDLNO 99-311 BEDLNO 30A		
telefon/ telefony	663673095		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 287	**230157**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**

nazwa:	ZAKŁAD LECZNICZY SANITAS ANNA URBANEK-GROCHALA, DAWID GROCHALA SPÓŁKA PARTNERSKA - LEKARZE		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Piątek 99-120 Stodolniana 6		
telefon/ telefony:	24 722 10 05		
identyfikator REGON	365524105		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	ZAKŁAD LECZNICZY "SANITAS"		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Piątek 99-120 Stodolniana 6		**1**
telefon/ telefony	247221005		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 288	**230160**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	"Kutnowski Szpital Samorządowy" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kutno 99-300 ul. Kościuszki 52		
telefon/ telefony:	24 388 02 02		
identyfikator REGON	100974785		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	"Kutnowski Szpital Samorządowy" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	**W**	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kutno 99-300 ul. Kościuszki 52		
telefon/ telefony	24 388 02 02		
Data dodania do wykazu		23.12.2020	

Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	"Kutnowski Szpital Samorządowy" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością		**6**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kutno 99-300 ul. Kościuszki 52		
telefon/ telefony	243880202, 243880300, 243880208		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 289	**230176**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	BETER-MED II SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŁYSZKOWICE 99-420 Wolności 6B		
telefon/ telefony:	46 830 37 36		
identyfikator REGON	382569675		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Przychodnia BETER-MED II		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łyszkowice 99-420 Wolności 6B		
telefon/ telefony	468303736		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 290	**230180**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	DERMEX SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KUTNO 99-300 Henryka Sienkiewicza 16		
telefon/ telefony:	24 254 50 08		
identyfikator REGON	101073788		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	DERMEX		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kutno 99-300 Łąkoszyńska 66		
telefon/ telefony	242545008		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 291	**230182**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	MEDINCOM 1 SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	RAWA MAZOWIECKA 96-200 Kościuszki 1		
telefon/ telefony:	46 814 35 12		
identyfikator REGON	368414038		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	PRZYCHODNIA RODZINNA MALWA		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Rawa Mazowiecka 96-100 Kościuszki 1		
telefon/ telefony	468143512		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 292	**230193**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**

nazwa:	VERBENA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	RAWA MAZOWIECKA 96-200 Krakowska 9		
telefon/ telefony:	46 814 08 08		
identyfikator REGON	100383044		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Centrum Medyczne Verbena"		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Rawa Mazowiecka 96-200 Krakowska 9		
telefon/ telefony	468140808		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 293	**230197**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Małgorzata Zielińska		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WOŁODRZA 99-350 Wołodrza 7		
telefon/ telefony:	24 356 13 03		
identyfikator REGON	472839487		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "OSTROWY" Małgorzata Zielińska		**4**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Wołodrza 99-350 Wołodrza 7		
telefon/ telefony	243561303		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 294	230204	szczepienie personelu	szczepienie populacyjne
nazwa:	PULS s.c. Aleksandra Hopaluk, Krzysztof Hopaluk		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŁĘCZYCA 99-100 Marii Konopnickiej 10		
telefon/ telefony:	24 721 50 11		
identyfikator REGON	100596580		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej PULS s.c.		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łęczyca 99-100 Konopnickiej 10		
telefon/ telefony	247215011		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 295	230206	szczepienie personelu	szczepienie populacyjne
nazwa:	VitaMed Andrzej Wróblewski w spadku		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŁOWICZ 99-400 Armii Krajowej 51		
telefon/ telefony:	792 375 335		
identyfikator REGON	012512802		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Vitamed Wróblewski Andrzej		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łowicz 99-400 Armii Krajowej 51		
telefon/ telefony	468303399		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 296	230213	szczepienie personelu	szczepienie populacyjne
nazwa:	PRZYCHODNIA RAWKA S.C. A.KOZŁOWSKA, P.TOKARZEWSKI		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SKIERNIEWICE 96-100 Stanisława Domarasiewicza 3/5		
telefon/ telefony:	46 814 20 95		
identyfikator REGON	101277226		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Przychodnia RAWKA		**3**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Skierniewice 96-100 Domarasiewicza3/5		
telefon/ telefony	468142095		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	PRZYCHODNIA KOWIESY		**3**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kowiesy 96-111 Kowiesy 74		
telefon/ telefony	468751584		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 297	**240002**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W LUBOCHNI SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Lubochnia 97-217 Łódzka 17		

telefon/ telefony:	44 710 31 90		
identyfikator REGON	381184536		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Gabinet lekarza poz		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Glinnik 97-217 Glinnik 46A		
telefon/ telefony	447193190		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			19.01.2021
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt szczepień		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Lubochnia 97-217 ul. Łódzka 17		
telefon/ telefony	44 710 31 90		
Data dodania do wykazu			19.01.2021
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 298	**240003**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	MEDYK D.DAMAS,J.DAMAS,M.ANTONIAK SPÓŁKA JAWNA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Zelów 97-425 Wolności 1C		
telefon/ telefony:	44 634 12 18		
identyfikator REGON	590731130		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MEDYK SPÓŁKA JAWNA		

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Zelów 97-425 Wolności 1c		**2**
telefon/ telefony	446341218		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 299	**240004**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	PORADNIA RODZINNA - JAROSŁAW KRAWCZYK SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Tomaszów Mazowiecki 97-200 Aleja Marszałka Józefa Piłsudskiego 24		
telefon/ telefony:	44 724 22 47		
identyfikator REGON	386006294		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia Rodzinna Jarosław Krawczyk		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Tomaszów Mazowiecki 97-200 Piłsudskiego 24		
telefon/ telefony	447242247		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 300	**240007**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	JACEK CIMANOWSKI		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Żelechlinek 97-226 Jana Susika 4		
telefon/ telefony:	44 712 27 22		
identyfikator REGON	750377422		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**

nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Poradnia Medycyny Rodzinnej Jacek Cimanowski		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŻELECHLINEK 97-226 JANA SUSIKA 4		
telefon/ telefony	447122722		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 301	**240009**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	TOMASZ KLIMCZYK		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Sulejów 97-330 Piotrkowska 26/30		
telefon/ telefony:	446 172 440		
identyfikator REGON	590425314		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Przychodnia - Filia w Aleksandrowie		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Aleksandrów 26-337 Aleksandrów 39		
telefon/ telefony	447560022		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Przychodnia - Filia w Ręcznie		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Ręczno 97-510 GŁÓWNA 58		
telefon/ telefony	447813266		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			

Miejsce udzielania świadczeń 3		szczepienie personelu *	liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Przychodnia		2
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Sulejów 97-330 Piotrkowska 26/30		
telefon/ telefony	446172440		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			

Miejsce udzielania świadczeń 4		szczepienie personelu *	liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Przychodnia - Filia w Trzepnicy		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Trzepnica 97-352 Trzepnica 10		
telefon/ telefony	447875334		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 302	240010	szczepienie personelu	szczepienie populacyjne
nazwa:	MEDYK - SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BEŁCHATÓW 97-400 Turkusowa 7		
telefon/ telefony:	44 633 84 88		
identyfikator REGON	590717838		

Miejsce udzielania świadczeń 1		szczepienie personelu *	liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	NZOZ MEDYK		2
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Bełchatów 97-400 Turkusowa 7		
telefon/ telefony	44 633 79 50		
Data dodania do wykazu			30.12.2020

Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 303	**240015**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	CENTRUM MEDYCZNE ALMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Tomaszów Mazowiecki 97-200 Aleja Marszałka Józefa Piłsudskiego 32		
telefon/ telefony:	44 724 69 47		
identyfikator REGON	385443408		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	CENTRUM MEDYCZNE ALMED - Przychodnia Filia nr 7		**2**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Tomaszów Mazowiecki 97-200 Ogrodowa 53		
telefon/ telefony	577508999		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 304	**240018**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Aleksandra Kubicz		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Pławno 97-540 ul. Radomszczańska 17		
telefon/ telefony:	44 788 48 11; 608 065 474		
identyfikator REGON	100561646		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Centrum Medyczne AGAMED	**P**	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Pławno 97-540 ul. Radomszczańska 17		
telefon/ telefony	608065474		

Data dodania do wykazu		28.12.2020	
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 305	**240028**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "KAMED" KATARZYNA KOSIACKA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	INOWŁÓDZ 97-215 Piłsudskiego 12		
telefon/ telefony:	44 710 15 85		
identyfikator REGON	590725631		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "KAMED"		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Spała 97-215 Pilsudskiego 12		
telefon/ telefony	447101585		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 306	**240035**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Leonarda Bujnowicz		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Tomaszów Mazowiecki 97-200 Józefa Montwiłła Mireckiego 90		
telefon/ telefony:	44 724 68 27		
identyfikator REGON	590354560		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	MIRMED-OPIEKA AMBULATORYJNA		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Tomaszów Mazowiecki 97-200 ul. Mireckiego 90		
telefon/ telefony	447380007		

Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 307	**240036**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	KATARZYNA KIESTRZYN		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Tomaszów Mazowiecki 97-200 Strzelecka 12		
telefon/ telefony:	44 723 25 13		
identyfikator REGON	590690909		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej " MEDICA"		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Tomaszów Mazowiecki 97-200 STRZELECKA 12		**2**
telefon/ telefony	447232513		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 308	**240040**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Świderski Jarosław		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Budziszewice 97-145 Jana Chryzostoma Paska 33		
telefon/ telefony:	691234321		
identyfikator REGON	590478581		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	NZOZ Poradnia Rodzinna w Budziszewicach		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Budziszewice 97-145 Jana Chryzostoma Paska 33		**1**
telefon/ telefony	691234321		
Data dodania do wykazu			31.12.2020

Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 309	**240045**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ RODZINA JAROCKA,LOREK,SZADKOWSKA LEKARZE SPÓŁKA PARTNERSKA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	PIOTRKÓW TRYBUNALSKI 97-300 Adama Próchnika 17		
telefon/ telefony:	503 785 100		
identyfikator REGON	100928466		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Przychodnia Lekarska RODZINA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Piotrków Trybunalski 97-300 Adama Próchnika 17		**1**
telefon/ telefony	446459075		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 310	**240050**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Tomasz Nowacki		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	PIOTRKÓW TRYBUNALSKI 97-300 Juliusza Słowackiego 74		
telefon/ telefony:	501 599 288		
identyfikator REGON	590101439		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej NOVA-MED		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Piotrków Trybunalski 97-300 Słowackiego 74		**1**
telefon/ telefony	446491986		

Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 311	**240058**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	HIPOKRATES A.GŁOWACKI, M.GRZANKOWSKA, L.NOWAK, M.TOBIASZ, P.WINIARSKI SPÓŁKA JAWNA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	PIOTRKÓW TRYBUNALSKI 97-300 Rzemieślnicza 33		
telefon/ telefony:	44 646 46 01		
identyfikator REGON	101604168		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ HIPOKRATES		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Piotrków Trybunalski 97-300 Rzemieślnicza 33		
telefon/ telefony	446464601		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 312	**240060**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Tomaszowskie Centrum Zdrowia Spółka z o.o		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Tomaszów Mazowiecki 97-200 ul. Jana Pawła II 35		
telefon/ telefony:	44 725 71 34		
identyfikator REGON	100558733		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Tomaszowskie Centrum Zdrowia Spółka z o.o		

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Tomaszów Mazowiecki 97-200 ul. Jana Pawła II 35	**W**	
telefon/ telefony	44 725 71 34		
Data dodania do wykazu		23.12.2020	
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Tomaszowskie Centrum Zdrowia		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Tomaszów Mazowiecki 97-200 Jana Pawła II 35		
telefon/ telefony	447257273		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 313	**240072**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	CENTRUM MEDYCZNE CZERNIEWICE Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	CZERNIEWICE 97-216 Mazowiecka 34		
telefon/ telefony:	44 710 42 12		
identyfikator REGON	363110138		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Centrum Medyczne Czerniewice		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Czerniewice 97-216 Mazowiecka 34		
telefon/ telefony	447104212		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 314	**240073**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**

nazwa:	MEDIFARM OLEJNICZAKOWIE SPÓŁKA JAWNA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	RADOMSKO 97-500 Armii Krajowej 32		
telefon/ telefony:	601 345 153		
identyfikator REGON	101798876		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Przychodnia MEDIFARM		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Radomsko 97-500 Armii Krajowej 32		
telefon/ telefony	446837448		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 315	**240076**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	TOM-MED J.Zatyka spółka jawna		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Tomaszów Mazowiecki 97-200 Jana Pawła II 6		
telefon/ telefony:	44 725 18 53		
identyfikator REGON	363258020		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej TOM-MED		**4**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Tomaszów Mazowiecki 97-200 Jana Pawła II 6		
telefon/ telefony	447251853		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 316	**240086**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**

nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "SADOWA" LEKARZE BARAŃSKA - JAROS, PŁOSZYŃSKA, STASIEWICZ, SPÓŁKA PARTNERSKA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	PIOTRKÓW TRYBUNALSKI 97-300 Łódzka 40A		
telefon/ telefony:	605 121 612		
identyfikator REGON	365647523		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	NZOZ Sadowa		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Piotrków Trybunalski 97-300 Łódzka 40A		
telefon/ telefony	446459411		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 317	**240090**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "ESKULAP" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BEŁCHATÓW 97-400 Edwardów 3A		
telefon/ telefony:	447 330 809		
identyfikator REGON	590753343		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	NZOZ ESKULAP		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Bełchatów 97-400 EDWARDÓW 3A		
telefon/ telefony	447120091		
Data dodania do wykazu			30.12.2020

Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 318	**240092**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PROMED M&JB SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ SPÓŁKA KOMANDYTOWA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	RADOMSKO 97-500 Miła 5		
telefon/ telefony:	44 682 17 71		
identyfikator REGON	368352024		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PROMED		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Radomsko 97-500 Miła 5		
telefon/ telefony	446821771		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 319	**240094**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	PRZYCHODNIA LEKARSKA MEDYK A.CIUPIŃSKA, J.DRZAZGA, H.ROCZEK, J.ZACHAREWICZ SPÓŁKA JAWNA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	RADOMSKO 97-500 Batorego 3		
telefon/ telefony:	44 685 02 70		
identyfikator REGON	590784929		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	NZOZ Przychodnia Lekarska "MEDYK" Sp.j.-Medycyna Pracy		

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Radomsko 97-500 Różana 1A		1
telefon/ telefony	516537215		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 320	**240095**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	PROMYK ŚMIETANKA SPÓŁKA JAWNA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Tomaszów Mazowiecki 97-200 Zagajnikowa 3		
telefon/ telefony:	447 242 025		
identyfikator REGON	590783901		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	NZOZ PROMYK s.c.		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Tomaszów Mazowiecki 97-200 Zagajnikowa 3		1
telefon/ telefony	447242025		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 321	**240102**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	MEDYCYNA RODZINNA WÓJCIK SPÓŁKA JAWNA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Jelnia 26-340 1		
telefon/ telefony:	22 815 20 07		
identyfikator REGON	142498116		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Przychodnia "Dom-Med" - Filia w Radzicach Dużych		

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Radzice Duże 26-340 Radzice Duże 124		**1**
telefon/ telefony	483758035		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Przychodnia Rodzinna DC		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Jelnia 26-340 Jelnia 1		
telefon/ telefony	483756800		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 322	**240110**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Specjalistyczny Szpital Onkologiczny NU-MED Spółka z o.o.		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Tomaszów Mazowiecki 97-200 ul.Jana Pawła II 35		
telefon/ telefony:	55 239 58 53		
identyfikator REGON	146486475		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Specjalistyczny Szpital Onkologiczny NU-MED Spółka z o.o.	**P**	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Tomaszów Mazowiecki 97-200 ul.Jana Pawła II 35		
telefon/ telefony	730997183		
Data dodania do wykazu		28.12.2020	
Data wykreślenia z wykazu			

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 323	240112	szczepienie personelu	szczepienie populacyjne
nazwa:	KLESZCZOWSKA PRZYCHODNIA SALUS SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KLESZCZÓW 97-410 Osiedlowa 2		
telefon/ telefony:	601 267 767		
identyfikator REGON	365869815		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	KLESZCZOWSKA PRZYCHODNIA SALUS		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KLESZCZÓW 97-410 OSIEDLOWA 2		**1**
telefon/ telefony	447313015		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 324	**240121**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	PRIMMED S.C. E.KONIECZKO-LUDWICZAK, H.GRZEGORSKA, W. GRZESIK, J.KORCZYC, A.BOJANOWSKA-ROSZUK		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	PIOTRKÓW TRYBUNALSKI 97-300 Kostromska 53		
telefon/ telefony:	44 646 67 92		
identyfikator REGON	590786756		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Filia Przychodni Lekarskiej		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Piotrków Trybunalski 97-300 Polna 40/6		**1**
telefon/ telefony	446481825		

Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Przychodnia Lekarska		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Piotrków Trybunalski 97-300 Kostromska 53		
telefon/ telefony	446466792		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 325	**240137**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	ANNA MINIATORSKA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Rokiciny-Kolonia 97-221 Tomaszowska 1B		
telefon/ telefony:	44 719 50 17		
identyfikator REGON	592157533		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "PROMED"		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Rokiciny-Kolonia 97-221 Tomaszowska 1B		
telefon/ telefony	447195017		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 326	**240142**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	lek. med. Grzegorz Kamiński. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Klukach		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KLUKI 97-415 Kluki 51		

telefon/ telefony:	446 315 010		
identyfikator REGON	590489685		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Klukach		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KLUKI 97-415 (puste) 51		
telefon/ telefony	446315010		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 327	**240172**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	SPÓŁKA LEKARSKA ZDROWIE EJSMONT SPÓŁKA JAWNA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Tomaszów Mazowiecki 97-200 Bohaterów 14 Brygady 17		
telefon/ telefony:	44 726 04 71		
identyfikator REGON	592193990		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ SPÓŁKA LEKARSKA "ZDROWIE"		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Tomaszów Mazowiecki 97-200 Bohaterów 14tej Brygady 17		
telefon/ telefony	447260471		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			22.01.2021
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 328	**240173**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ RO-MED S.C.		

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Rozprza 97-340 Rynek Piastowski 10		
telefon/ telefony:	446 158 042		
identyfikator REGON	592190648		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	NZOZ RO-MED		**2**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Rozprza 97-340 Rynek Piastowski 10		
telefon/ telefony	446158042		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 329	**240178**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	TWOJE ZDROWIE SPÓŁKA CYWILNA ANDRZEJ GRZEGORSKI,MAŁGORZATA GRZEGORSKA,ANNA ADASZEK,ELŻBIETA CHRZĘST,DANUTA DUDEK,DOROTA KOCZWARSKA,BEATA MARUSIŃSKA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	PIOTRKÓW TRYBUNALSKI 97-300 Łódzka 21		
telefon/ telefony:	44 649 40 15		
identyfikator REGON	100723623		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "TWOJE ZDROWIE"		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Piotrków Trybunalski 97-300 Łódzka 21		
telefon/ telefony	48446494015		
Data dodania do wykazu			30.12.2020

Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 330	**240184**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	NZOZ-ZPL S.C. PIOTR BURNANT I MAŁGORZATA MIKUŁA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Wola Krzysztoporska 97-371 Tadeusza Kościuszki 19		
telefon/ telefony:	44 616 30 09		
identyfikator REGON	592189007		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ-ZESPÓŁ PORADNI LEKARSKICH S.C.		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Wola Krzysztoporska 97-371 Kościuszki 19		
telefon/ telefony	446163009		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 331	**240188**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	NZOZ CENTRUM ZDROWIA RUSINEK & NAJDER - SPÓŁKA JAWNA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Tomaszów Mazowiecki 97-200 ul. Barlickiego 15		
telefon/ telefony:	502 513 559		
identyfikator REGON	100921576		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "CENTRUM ZDROWIA"		

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Tomaszów Mazowiecki 97-200 Barlickiego 15		1
telefon/ telefony	514213033		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 332	**240210**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Ewa Pacześ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Wadlew 97-403 78		
telefon/ telefony:	44 631 12 85		
identyfikator REGON	590378425		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	NZOZ PORADNIA MEDYCYNY RODZINNEJ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WADLEW 97-403 WADLEW 78		1
telefon/ telefony	446311285		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 333	**240213**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	ANNA WESTRYCH		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	PIOTRKÓW TRYBUNALSKI 97-300 Garbarska 10/12		
telefon/ telefony:	44 646 42 15		
identyfikator REGON	590493020		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Przedsiębiorstwo Podmiotu Leczniczego NZOZ SANTE Anna Westrych		

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Piotrków Trybunalski 97-300 Garbarska 44175		2
telefon/ telefony	446464215		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 334	**240218**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "PORADNIA LEKARZY RODZINNYCH" WLAZŁO SPÓŁKA JAWNA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	CZARNOCIN 97-318 Juliusza Poniatowskiego 3		
telefon/ telefony:	44 616 51 92		
identyfikator REGON	592278372		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	NZOZ PORADNIA LEKARZY RODZINNYCH WLAZŁO		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Czarnocin 97-318 Juliusza Poniatowskiego 3		
telefon/ telefony	446165192		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 335	**240219**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	SIT-MED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ SPÓŁKA KOMANDYTOWA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	GORZKOWICE 97-350 Kwiatowa 4		
telefon/ telefony:	44 681 83 97		
identyfikator REGON	385683696		

Miejsce udzielania świadczeń 1		szczepienie personelu *	liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Poradnia Medycyny Rodzinnej"		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	GORZKOWICE 97-350 KWIATOWA 4		
telefon/ telefony	48446818397		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 336	**240228**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	NZOZ ARMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Rusiec 97-438 Mickiewicza 5		
telefon/ telefony:	446 350 215		
identyfikator REGON	386897979		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	NZOZ ARMED PRZYCHODNIA LEKARSKA		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	RUSIEC 97-438 MICKIEWICZA 5		
telefon/ telefony	436766016		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 337	**240272**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	AGNIESZKA GROCHULSKA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	OPOCZNO 26-300 Partyzantów 16 a		
telefon/ telefony:	447 361 406		

identyfikator REGON	100098705		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Centrum"		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Opoczno 26-300 PARTYZANTÓW 16a		
telefon/ telefony	447361406		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 338	**240279**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	TWOJA PORADNIA LEKARSKA S.C.		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	PIOTRKÓW TRYBUNALSKI 97-300 Garbarska 10/12		
telefon/ telefony:	446 486 955		
identyfikator REGON	100333282		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Przedsiębiorstwo Podmiotu Leczniczego Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Twoja Poradnia Lekarska" s.c.		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Piotrków Tryb 97-300 Garbarska 44175		
telefon/ telefony	44 64 86 955		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 339	**240285**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Nasz Doktor Turlejski i Partnerzy - Lekarze		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	PIOTRKÓW TRYBUNALSKI 97-300 Stanisława Wyspiańskiego 14		

telefon/ telefony:	44 648 22 55		
identyfikator REGON	100429177		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	NZOZ "Nasz Doktor" Turlejski i Partnerzy - Lekarze		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Piotrków Trybunalski 97-300 Wyspiańskiego 14		
telefon/ telefony	507830805		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 340	**240309**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	AMICUS-MED R.W.SZYMAŃSCY SPÓŁKA JAWNA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WOLBÓRZ 97-320 Sportowa 32/34		
telefon/ telefony:	446 155 007		
identyfikator REGON	101632549		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Przychodnia - filia w Goleszach		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Golesze Duże 97-320 Golesze Duże 27		
telefon/ telefony	446164735		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Przychodnia		**2**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Wolbórz 97-320 Sportowa 32/34		
telefon/ telefony	446155007		

Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 3		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Przychodnia - filia w Będkowie		**2**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Będków 97-319 Władysława Stanisława Reymonta 5		
telefon/ telefony	447197462		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 341	**910229**	**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	CLAUDIUS GALEN MEDICA POLSKA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 93-124 Jana Kilińskiego 228		
telefon/ telefony:	888 345 800		
identyfikator REGON	101707282		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	ALMED		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 93-124 Jana Kilińskiego 228		
telefon/ telefony	888777900		
Data dodania do wykazu			30.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			11.02.2021
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 342		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	CENTRUM MEDYCZNE OLMEDICA M.OLSZEWSKI SPÓŁKA JAWNA		

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łęczyca 99-100 Kilińskiego 11		
telefon/ telefony:	247212463		
identyfikator REGON	100654359		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	CENTRUM MEDYCZNE OLMEDICA		**2**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łęczyca 99-100 Kilińskiego 11		
telefon/ telefony	247212463		
Data dodania do wykazu			31.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 343		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	GOLD DENTICA AGNIESZKA KOZAK-RUSINEK		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 93-329 Ogniskowa 16/8		
telefon/ telefony:	535727227		
identyfikator REGON	101080765		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Centrum Stomatologiczne Pomorska		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 90-203 Pomorska 41		
telefon/ telefony	535727227		
Data dodania do wykazu			31.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia stomatologiczna Ogniskowa		

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 93-329 Ogniskowa 16/8		**1**
telefon/ telefony	535727227		
Data dodania do wykazu			31.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 344		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Wiesław Pawełczak		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Częstochowa 42-217 ul. Waszyngtona 36/1		
telefon/ telefony:	665990358		
identyfikator REGON	150528160		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Gabinety diagnostyczno-zabiegowe		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 90-111 Moniuszki 4a		**2**
telefon/ telefony	665990358		
Data dodania do wykazu			31.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 345		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	PRAKTYKA PIELĘGNIARSKA mgr pielęgniarstwa Marzena Włóka-Szewczyk		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	PIOTRKÓW TRYBUNALSKI 97-306 ZJAZDOWA 2		
telefon/ telefony:	798750450		
identyfikator REGON	590609652		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	NZOZ FAMILIA		

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	PIOTRKÓW TRYBUNALSKI 97-306 ZJAZDOWA 2		**1**
telefon/ telefony	798750450		
Data dodania do wykazu			31.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			19.01.2021
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	NZOZ FAMILIA		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	GRABICA 97-306 GRABICA 55		
telefon/ telefony	798750450		
Data dodania do wykazu			19.01.2021
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 346		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	DIMEDIC POLSKA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 91-341 Pojezierska 90A		
telefon/ telefony:	422007040		
identyfikator REGON	385507551		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Przychodnia Dimedic		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 91-342 Zbąszyńska 3		
telefon/ telefony	422007040		
Data dodania do wykazu			31.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 347		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**

nazwa:	Piotr Krzysztof Effenberg		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 91-463 Łagiewnicka 54/56		
telefon/ telefony:	533355885		
identyfikator REGON			
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Piotr Krzysztof Effenberg		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 90-261 Jaracza 19		
telefon/ telefony	533355885		
Data dodania do wykazu			31.12.2020
Data wykreślenia z wykazu			15.01.2020

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

Wykaz podmiotów wykonujących działalność leczniczą realizujących szczepienia przeciw COVID-19 przez zespoły wyjazdowe szczepiące wyłącznie w miejscu zamieszkania/pobytu pacjenta

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 1	**240089**
nazwa:	Instytut Zdrowia Medicall sp. z o. o. spółka komandytowa
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Piotrków Trybunalski 97-300, ul. Wojska Polskiego 77
telefon/ telefony:	662 001 586
identyfikator REGON	36399256900036
Miejsce udzielania świadczeń 1 (obszar)	**liczba zespołów**
obszar działania: 2 - Piotrków Trybunalski	1
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 2	**120001**
nazwa:	Szpital Wojewódzki im. Prymasa Kardynała Stefana Wyszyńskiego
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Sieradz 98-200, ul. Armii Krajowej 7
telefon/ telefony:	534 844 692, 531 648 585
identyfikator REGON	00112964100040
Miejsce udzielania świadczeń 1 (obszar)	**liczba zespołów**
obszar działania: 4 - Sieradz	1
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 3	**110101**
nazwa:	Wojewódzka Stacja Ratownictwa Medycznego w Łodzi
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łódź 90-301, ul. Sienkiewicza 137/141
telefon/ telefony:	510 405 927, 786 812 801, 786 812 808, 786 812 821
identyfikator REGON	47306618800038
Miejsce udzielania świadczeń 1 (obszar)	**liczba zespołów**
obszar działania: 1 - Łódź	1
Miejsce udzielania świadczeń 2 (obszar)	**liczba zespołów**
obszar działania: 2 - Piotrków Trybunalski	1
Miejsce udzielania świadczeń 3 (obszar)	**liczba zespołów**
obszar działania: 3 - Skierniewice	1
Miejsce udzielania świadczeń 4 (obszar)	**liczba zespołów**
obszar działania: 4 - Sieradz	1

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

Podmiot wykonujący działalność leczniczą	rodzaj i zakres realizowanych świadczeń
	świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń
Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń SOK w zakresie hemodializoterapia	X
Data dodania do wykazu	2021-01-18
Data wykreślenia z wykazu	
Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń SOK w zakresie hemodializoterapia - z zapewnieniem 24-godzinnego dyżuru	X
Data dodania do wykazu	2021-01-18
Data wykreślenia z wykazu	