

**OBWIESZCZENIE  
WOJEWODY PODKARPACKIEGO**

z dnia 15 maja 2020 r.

**o ogłoszeniu w wojewódzkim dzienniku urzędowym w drodze obwieszczenia wykazu podmiotów  
udzielających świadczeń opieki zdrowotnej, w tym transportu sanitarnego,  
w związku z przeciwdziałaniem COVID-19**

Na podstawie art. 7 ust. 3 ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz.U. z 2020 r. poz. 374 z późn. zm.) obwieszcza się wykaz podmiotów udzielających świadczeń opieki zdrowotnej, w tym transportu sanitarnego, w związku z przeciwdziałaniem COVID-19 stanowiący załącznik do niniejszego obwieszczenia.

**WOJEWODA PODKARPACKI**

**Ewa Leniart**

**Wykaz podmiotów udzielających świadczeń opieki zdrowotnej, w tym transportu sanitarnego, w związku z przeciwdziałaniem COVID-19  
z dnia 15.05.2020 r**

| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 1</b> |   | <b>kategoria realizowanych świadczeń</b> |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
|---|---|--|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa:  | Zespół Opieki Zdrowotnej w Dębicy             |  |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 39-200 Dębica, ul. Krakowska 91               |  |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony:                                | 14 67 03 621                                  |  |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| identyfikator REGON                               | 851643503                                     |  |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |   | transport sanitarny **                   | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa:  | Oddział Obserwacyjno-Zakaźny i Chorób Wątroby |  | X        |             |            |                                     | X                                  |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 39-200 Dębica, ul. Krakowska 91               |  |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 | 14 68 08 384                                  |  |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>             |   |  | X        |             |            |                                     | X                                  |                                     |              |
| nazwa:  | Stacja Dializ                                 |  |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 39-200 Dębica, ul. Krakowska 91               |  |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 | 14 68 08 414                                  |  |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3</b>             |   |  | X        |             |            |                                     | X                                  |                                     |              |
| nazwa:  | Oddziały Psychiatryczne II - III              |  |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 39-218 Straszęcin 295                         |  |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 | 14 68 03 638, 14 68 03 649                    |  |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4</b>             |   |  | X        |             |            |                                     | X                                  |                                     |              |
| nazwa:  | Oddział terapii uzależnień                    |  |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 39-218 Straszęcin 295                         |  |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 | 14 68 03 654                                  |  |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 5</b>             |   |  |          |             |            |                                     | X                                  | X                                   |              |
| nazwa:  | Szpitalny Oddział Ratunkowy                   |  |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 39-200 Dębica, ul. Krakowska 91               |  |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 | 14 68 08 294                                  |  |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |

| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 2</b> |  | <b>kategoria realizowanych świadczeń</b> |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
|---|--|--|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa:  | Centrum Opieki Medycznej   |  |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 37-500 Jarosław, ul. 3 Maja 70   |  |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony:                                | 16 62 15 421   |  |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| identyfikator REGON                               | 000304496  |  |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |  | transport sanitarny **                   | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa:  | Oddział obserwacyjno-zakaźny z Pododdziałem Hepatologicznym i Ośrodkiem Leczenia WZW |  | X        |             |            |                                     | X                                  |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 37-500 Jarosław, ul. 3 Maja 70   |  |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 | 16 624 51 19, 16 624 51 42   |  |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>             |  |  |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |

|   |                                |  |  |  |  |  |  |   |   |   |
|---|--------------------------------|--|--|--|--|--|--|---|---|---|
| nazwa:  | Szpitalny Oddział Ratunkowy    |  |  |  |  |  |  | X | X | X |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 37-500 Jarosław, ul. 3 Maja 70 |  |  |  |  |  |  |   |   |   |
| telefon/ telefony                                 | 16 621 54 21                   |  |  |  |  |  |  |   |   |   |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 3        |   | kategoria realizowanych świadczeń |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |
|---|---|-----------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|--|
| nazwa:  | Szpital Specjalistyczny w Jasle                 |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 38-200 Jasło, ul. Lwowska 22                    |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |
| telefon/ telefony:                                | 13 44 37 503                                    |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |
| identyfikator REGON                               | 370444486                                       |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |   | transport sanitarny **            | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |  |
| nazwa:  | Oddział Obserwacyjno-Zakaźny i WZW              |                                   | X        |             |            |                                     | X                                  |                                     |              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 38-200 Jasło, ul. Lwowska 22                    |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |
| telefon/ telefony                                 | 13 44 37 544, 13 44 37 529                      |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |   |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |
| nazwa:  | Szpitalny Oddział Ratunkowy wraz z Izłą Przyjęć |                                   |          |             |            |                                     | X                                  | X                                   | X            |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 38-200 Jasło, ul. Lwowska 22                    |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |
| telefon/ telefony                                 | 13 44 62 041                                    |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 4        |   | kategoria realizowanych świadczeń |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |
|---|---|-----------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|--|
| nazwa:  | Centrum Medyczne w Łańcutie Spółka z Ograniczoną Odpowiedzialnością |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 37-100 Łańcut, ul. Ignacego Paderewskiego 5                         |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |
| telefon/ telefony:                                | 17 22 40 100  |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |
| identyfikator REGON                               | 180405906   |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |   | transport sanitarny **            | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |  |
| nazwa:  | Szpital Św. Michała Archanioła                                      |                                   | X        |             |            |                                     | X                                  | X                                   | X            |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 37-100 Łańcut, ul. Ignacego Paderewskiego 5                         |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |
| telefon/ telefony                                 | 17 224 01 00  |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |   |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |
| nazwa:  | Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy                                     |                                   | X        |             |            |                                     | X                                  |                                     |              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 37-100 Łańcut, ul. Ignacego Paderewskiego 5                         |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |
| telefon/ telefony                                 | 17 224 02 35  |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 3                    |   |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |
| nazwa:  | Izolatorium - Bursa Szkolna   |                                   |          | X           |            |                                     | X                                  |                                     |              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 37-100 Łańcut, Armii Krajowej 51D                                   |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |
| telefon/ telefony                                 | 17 225 69 34  |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 3                    |   |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |
| nazwa:  | Zespół Transportu Sanitarnego                                       | 2                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 37-100 Łańcut, ul. Ignacego Paderewskiego 5                         |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |

|                   |              |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------------------|--------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| telefon/ telefony | 17 224 01 80 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------------------|--------------|--|--|--|--|--|--|--|--|

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 5        |   | kategoria realizowanych świadczeń |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
|---|---|-----------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa:  | Szpital Specjalistyczny im. Edmunda Biernackiego w Mielcu |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 39-300 Mielec, ul. Żeromskiego 22                         |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony:                                | 17 78 00 100  |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| identyfikator REGON                               | 000308637   |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |   | transport sanitarny **            | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa:  | Oddział Obserwacyjno-Zakaźny i Chorób Wątroby             |                                   | X        |             |            |                                     | X                                  | X                                   |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 39-300 Mielec, ul. Żeromskiego 22                         |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 | 17 78 00 391, 17 78 00 390                                |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |   |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| nazwa:  | Szpitalny Oddział Ratunkowy                               |                                   |          |             |            |                                     | X                                  | X                                   | X            |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 39-300 Mielec, ul. Żeromskiego 22                         |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 | 17 78 00 117  |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 6        |   | kategoria realizowanych świadczeń |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
|---|---|-----------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa:  | Wojewódzki Szpital im. Św. Ojca Pio w Przemyślu |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 37-700 Przemyśl, ul. Monte Cassino 18           |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony:                                | 16 67 75 000                                    |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| identyfikator REGON                               | 000314684                                       |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |   | transport sanitarny **            | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa:  | Oddział Obserwacyjno-Zakaźny                    |                                   | X        |             |            |                                     | X                                  | X                                   |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 37-700 Przemyśl, ul. Stefana Rogozińskiego 30   |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 | 16 67 06 107                                    |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |   |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| nazwa:  | Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii    |                                   | X        |             |            |                                     | X                                  |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 37-700 Przemyśl, ul. Monte Cassino 18           |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 | 16 67 75 196, 16 67 75 143                      |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| Miejsce udzielania świadczeń 3                    |   |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| nazwa:  | Pododdział Kardiologii Inwazyjnej               |                                   | X        |             |            |                                     | X                                  |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 37-700 Przemyśl, ul. Monte Cassino 18           |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 | 16 67 75 252, 16 67 75 203                      |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| Miejsce udzielania świadczeń 4                    |   |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| nazwa:  | Szpitalny Oddział Ratunkowy                     |                                   |          |             |            |                                     | X                                  | X                                   | X            |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 37-700 Przemyśl, ul. Monte Cassino 18           |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 | 16 67 75 000                                    |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| Miejsce udzielania świadczeń 5                    |   |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |

|   |  |   |  |  |  |   |  |  |
|---|--|---|--|--|--|---|--|--|
| nazwa:  | Oddział Ginekologiczno - Położniczy z Pododdziałem Ginekologii Onkologicznej | X |  |  |  | X |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 37-700 Przemyśl, ul. Monte Cassino 18  |   |  |  |  |   |  |  |
| telefon/ telefony                                 | 16 67 75 252, 16 67 75 203   |   |  |  |  |   |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 6</b>             |  |   |  |  |  |   |  |  |
| nazwa:  | Oddział Neonatologiczny z Pododdziałem Patologii Noworodka                   | X |  |  |  | X |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 37-700 Przemyśl, ul. Monte Cassino 18  |   |  |  |  |   |  |  |
| telefon/ telefony                                 | 16 67 75 252, 16 67 75 203   |   |  |  |  |   |  |  |

|   |   |  |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
|---|---|--|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 7</b> |   | <b>kategoria realizowanych świadczeń</b> |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| nazwa:  | Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Sanoku |  |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 38-500 Sanok, ul. 800-lecia 26                          |  |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony:                                | 13 46 56 100  |  |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| identyfikator REGON                               | 370444345   |  |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |   | transport sanitarny **                   | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa:  | Oddział Obserwacyjno-Zakaźny                            |  | X        |             |            |                                     | X                                  |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 38-500 Sanok, ul. 800-lecia 26                          |  |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 | 13 46 56 147, 13 46 56 245, 13 46 56 246                |  |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>             |   |  |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| nazwa:  | Szpitalny Oddział Ratunkowy z Izłą Przyjęć              |  |          |             |            |                                     | X                                  | X                                   |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 38-500 Sanok, ul. 800-lecia 26                          |  |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 | 13 46 56 202  |  |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |

|   |   |  |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
|---|---|--|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 8</b> |   | <b>kategoria realizowanych świadczeń</b> |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| nazwa:  | Samodzielne Publiczne Pogotowie Ratunkowe w Krośnie |  |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 38-400 Krosno, ul. Grodzka 45                       |  |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony:                                | 13 43 20 222  |  |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| identyfikator REGON                               | 370441499   |  |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |   | transport sanitarny **                   | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa:  | Zespół transportu sanitarnego                       | 2  |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 38-400 Krosno, ul. Grodzka 45                       |  |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 | 13 43 20 222  |  |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |

|   |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 9</b> |  | <b>kategoria realizowanych świadczeń</b> |  |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|

|   |   |
|---|---|
| nazwa:  | <b>Powiatowa Stacja Pogotowia Ratunkowego<br/>Samodzielny Publiczny Zakład w Mielcu</b> |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 39-300 Mielec, ul. Żeromskiego 22   |
| telefon/ telefony:                                | 17 78 00 552  |
| identyfikator REGON                               | 831364262   |

| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
|---|--|------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa:  | Zespół Transportu medycznego- świadczenia zdrowotne udzielane w specjalistycznym środku transportu | 2                      |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 39-300 Mielec, ul. Żeromskiego 22  |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 | 17 77 36 300   |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |

|  |   |
|--|---|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 10</b> |   |
| nazwa:   | <b>Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego w Przemysłu Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej</b> |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | 37-700 Przemyśl, ul. Juliusza Słowackiego 85  |
| telefon/ telefony:                                 | 784 403 454   |
| identyfikator REGON                                | 369600814   |

**kategoria realizowanych świadczeń**

| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
|---|--|------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa:  | Zespół Transportu Medycznego                 | 2                      |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 37-700 Przemyśl, ul. Juliusza Słowackiego 85 |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 | 531 111 957, 533 644 489                     |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |

|  |  |
|--|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 11</b> |  |
| nazwa:   | <b>Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego w Rzeszowie</b> |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | 35-026 Rzeszów, ul. Księcia Józefa Poniatowskiego 4        |
| telefon/ telefony:                                 | 17 85 26 253   |
| identyfikator REGON                                | 690271233  |

**kategoria realizowanych świadczeń**

| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |   | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
|---|---|------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa:  | Transport Sanitarny                                 | 2                      |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 35-026 Rzeszów, ul. Księcia Józefa Poniatowskiego 4 |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 | 17 86 00 500  |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2</b>             |   |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| nazwa:  | Izba przyjęć  |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |

|   |   |  |  |  |  |  |  |  |   |  |
|---|---|--|--|--|--|--|--|--|---|--|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 35-026 Rzeszów, ul. Księcia Józefa Poniatowskiego 4 |  |  |  |  |  |  |  | X |  |
| telefon/ telefony                                 | 17 85 26 253  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 12       |  | kategoria realizowanych świadczeń |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |
|---|--|-----------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|--|
| nazwa:  | Bieszczadzkie Pogotowie Ratunkowe SPZOZ w Sanoku |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 38-500 Sanok, ul. Jezierskiego 21                |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |
| telefon/ telefony:                                | 13 46 28 460                                     |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |
| identyfikator REGON                               | 380372046  |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | transport sanitarny **            | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |  |
| nazwa:  | Zespół Transportu Medycznego                     | 1                                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 38-500 Sanok, ul. Jezierskiego 21                |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |
| telefon/ telefony                                 | 13 46 28 460                                     |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 13       |   | kategoria realizowanych świadczeń |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |
|---|---|-----------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|--|
| nazwa:  | Kliniczny Szpital Wojewódzki nr 2 im. Św. Jadwigi Królowej w Rzeszowie  |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 35-301 Rzeszów, ul. Lwowska 60  |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |
| telefon/ telefony:                                | 17 86 64 000  |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |
| identyfikator REGON                               | 690697529   |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |   | transport sanitarny **            | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |  |
| nazwa:  | Pododdział intensywnej terapii i anestezjologii dla dzieci i noworodków |                                   | X        |             |            |                                     | X                                  |                                     |              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 35-301 Rzeszów, ul. Lwowska 60  |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |
| telefon/ telefony                                 | 17 86 64 860  |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |   | transport sanitarny **            | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |  |
| nazwa:  | Klinika Alergologii i Mukowiscydozy                                     |                                   | X        |             |            |                                     | X                                  |                                     |              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 35-301 Rzeszów, ul. Lwowska 60  |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |
| telefon/ telefony                                 | 17 86 64 860  |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 3                    |   | transport sanitarny **            | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |  |
| nazwa:  | Szpitalny Oddział Ratunkowy   |                                   |          |             |            |                                     | X                                  | X                                   | X            |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 35-301 Rzeszów, ul. Lwowska 60  |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |
| telefon/ telefony                                 | 17 86 64 934  |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 14 |   | kategoria realizowanych świadczeń |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|---|-----------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| nazwa:                                      | Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej nr 1 w Rzeszowie |                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |

|   |  |
|---|--|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 35-051 Rzeszów, ul. Tadeusza Czackiego 2 |
| telefon/ telefony:                                | 17 85 32 560                             |
| identyfikator REGON                               | 000314193                                |

| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
|---|--|------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa:  | Oddział Neonatologii z Pododdziałem Izolacyjnym i Intensywną Terapią Noworodka |                        | X        |             |            |                                     | X                                  |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 35-241 Rzeszów, ul. Rycerska 4   |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 | 17 86 11 031   |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |  |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| nazwa:  | Kliniczny Oddział Ginekologiczno - Położniczy                                  |                        | X        |             |            |                                     | X                                  |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 35-241 Rzeszów, ul. Rycerska 4   |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 | 17 86 11 031   |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |  |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| nazwa:  | Izba przyjęć   |                        |          |             |            |                                     | X                                  | X                                   |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 35-241 Rzeszów, ul. Rycerska 4   |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 | 17 861 14 51   |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |

|  |   |
|--|---|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 15</b> |   |
| nazwa:   | Centrum Medyczne MEDYK Spółka z Ograniczoną Odpowiedzialnością Spółka Komandytowa |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | 35-055 Rzeszów, ul. Fryderyka Szopena 1   |
| telefon/ telefony:                                 | 17 85 08 005  |
| identyfikator REGON                                | 363621086   |

**kategoria realizowanych świadczeń**

| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |   | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
|---|---|------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa:  | Poradnia stomatologiczna                |                        |          |             |            | X                                   |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 35-326 Rzeszów, al. Tadeusza Rejtana 53 |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 | 17 865 20 00                            |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |

|  |   |
|--|---|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 16</b> |   |
| nazwa:   | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "SANITAS" s.c. Magdalena Rawska-Wnęk, Jacek Próchniak |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | 39-400 Tarnobrzeg, ul. 11 Listopada 8   |
| telefon/ telefony:                                 | 69 62 32 495  |
| identyfikator REGON                                | 180408388   |

**kategoria realizowanych świadczeń**

| Miejsce udzielania świadczeń 1 |  | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
|--------------------------------|--|------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa:                         | Poradnia ambulatoryjnej stomatologicznej pomocy doraźnej |                        |          |             |            | ✓                                   |                                    |                                     |              |



|   |                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|---------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 39-400 Tarnobrzeg, ul. 11 Listopada 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| telefon/ telefony                                 | 15 81 42 637                          |  |  |  |  |  |  |  |  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 17       |  | kategoria realizowanych świadczeń |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
|---|--|-----------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa:  | Wojewódzki Szpital Podkarpacki im. Jana Pawła II w Krośnie |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 38-400 Krosno, ul. Korczyńska 57                           |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony:                                | 13 43 78 000   |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| identyfikator REGON                               | 000308620  |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | transport sanitarny **            | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa:  | Ambulatorium Stomatologiczne                               |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 38-400 Krosno, ul. Korczyńska 57                           |                                   |          |             |            | X                                   |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 | 13 437 85 86   |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |  |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| nazwa:  | Szpitalny Oddział Ratunkowy z Izbą Przyjęć Planowych       |                                   |          |             |            |                                     |                                    | X                                   | X            |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 38-400 Krosno, ul. Korczyńska 57                           |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 | 13 43 78 543   |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 18       |   | kategoria realizowanych świadczeń |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
|---|---|-----------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa:  | Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej Powiatowy Szpital Specjalistyczny w Stalowej Woli |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 37-450 Stalowa Wola, ul. Staszica 4   |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony:                                | 15 842 53 51  |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| identyfikator REGON                               | 000312567   |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |   | transport sanitarny **            | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa:  | Szpitalny Oddział Ratunkowy   |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 37-450 Stalowa Wola, ul. Staszica 4   |                                   |          |             |            |                                     | X                                  | X                                   |              |
| telefon/ telefony                                 | 15 84 33 277  |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 19       |   | kategoria realizowanych świadczeń |  |  |  |  |  |  |  |
|---|---|-----------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| nazwa:  | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Lubaczowie |                                   |  |  |  |  |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 37-600 Lubaczów, ul. Adama Mickiewicza 168                  |                                   |  |  |  |  |  |  |  |
| telefon/ telefony:                                | 16 63 28 100  |                                   |  |  |  |  |  |  |  |
| identyfikator REGON                               | 000306667   |                                   |  |  |  |  |  |  |  |

| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |   | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
|---|---|------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa:  | Szpitalny Oddział Ratunkowy                                 |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 37-600 Lubaczów, ul. Adama Mickiewicza 168                  |                        |          |             |            |                                     | X                                  | X                                   | X            |
| telefon/ telefony                                 | 16 63 28 103  |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |   |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| nazwa:  | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Lubaczowie |                        |          |             | X          |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lubaczów/37-600/ul. Mickiewicza 168                         |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 | 16 632 81 00  |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 20       |  | kategoria realizowanych świadczeń |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
|---|--|-----------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa:  | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Rzeszowie |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 35-111 Rzeszów, ul. Krakowska 16   |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony:                                | 17 85 32 770   |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| identyfikator REGON                               | 690028840  |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | transport sanitarny **            | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa:  | Izba Przyjęć Szpitala  |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 35-111 Rzeszów, ul. Krakowska 16   |                                   |          |             |            |                                     | X                                  | X                                   |              |
| telefon/ telefony                                 | 17 86 43 312   |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 21       |  | kategoria realizowanych świadczeń |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
|---|--|-----------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa:  | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Kolbuszowej |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 36-100 Kolbuszowa, ul. Grunwaldzka 4                         |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony:                                | 17 22 71 222   |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| identyfikator REGON                               | 000304504  |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | transport sanitarny **            | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa:  | Izba przyjęć   |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 36-100 Kolbuszowa, ul. Grunwaldzka 4                         |                                   |          |             |            |                                     |                                    | X                                   |              |
| telefon/ telefony                                 | 17 22 71 222   |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 22 |   | kategoria realizowanych świadczeń |  |  |  |  |  |  |  |
|---|---|-----------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| nazwa:                                      | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Przeworsku |                                   |  |  |  |  |  |  |  |

|   |                                    |
|---|------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 37-200 Przeworsk, ul. Szpitalna 16 |
| telefon/ telefony:                                | 16 64 91 500                       |
| identyfikator REGON                               | 000304510                          |

| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
|---|--|------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa:  | Izba przyjęć z Ambulatorium Ogólnym i Zabiegowym |                        |          |             |            |                                     | X                                  | X                                   | X            |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 37-200 Przeworsk, ul. Szpitalna 16               |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 | 16 64 91 602                                     |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |

|  |  |
|--|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 23</b> |  |
| nazwa:   | Nowe Techniki Medyczne Szpital Specjalistyczny Imienia Świętej Rodziny Spółka z Ograniczoną Odpowiedzialnością |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | 36-060 Głogów Młp., Rudna Mała 600   |
| telefon/ telefony:                                 | 17 86 66 700   |
| identyfikator REGON                                | 180022507  |

**kategoria realizowanych świadczeń**

| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                    | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
|---|------------------------------------|------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa:  | Izba przyjęć                       |                        |          |             |            |                                     | X                                  | X                                   |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 36-060 Głogów Młp., Rudna Mała 600 |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 | 17 86 66 700                       |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |

|  |  |
|--|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 24</b> |  |
| nazwa:   | Szpital Specjalistyczny Pro-Familia Spółka z Ograniczoną Odpowiedzialnością Spółka Komandytowa |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | 35-302 Rzeszów, ul. Witolda 6B   |
| telefon/ telefony:                                 | 17 77 35 740   |
| identyfikator REGON                                | 180357490  |

**kategoria realizowanych świadczeń**

| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
|---|--------------------------------|------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa:  | Izba przyjęć                   |                        |          |             |            |                                     | X                                  | X                                   |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 35-302 Rzeszów, ul. Witolda 6B |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 | 17 77 35 703                   |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |

|  |   |
|--|---|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 25</b> |   |
| nazwa:   | Szpital Specjalistyczny w Brzozowie Podkarpacki Ośrodek Onkologiczny im. Ks. B. Markiewicza |

**kategoria realizowanych świadczeń**

|   |  |
|---|--|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 36-200 Brzozów, ul. ks. Józefa Bielawskiego 18 |
| telefon/ telefony:                                | 13 43 09 552                                   |
| identyfikator REGON                               | 000304473                                      |

| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
|---|--|------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa:  | Laboratorium Diagnostyki Molekularnej, Cytogenetyki i Cytometrii |                        |          |             |            |                                     | X                                  |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 36-200 Brzozów, ul. ks. Józefa Bielawskiego 18                   |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 | 13 43 07 909   |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |  |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| nazwa:  | Szpitalny Oddział Ratunkowy                                      |                        |          |             |            |                                     |                                    | X                                   |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 36-200 Brzozów, ul. ks. Józefa Bielawskiego 18                   |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 | 13 43 09 552   |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 26       | kategoria realizowanych świadczeń     |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|---------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| nazwa:  | Gabriela Gaszczyk-Zapała Vita-Dental  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Tarnawa Dolna/38-516/Tarnawa Dolna 28 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| telefon/ telefony:                                | 537 426 601                           |  |  |  |  |  |  |  |  |
| identyfikator REGON                               | 380609666                             |  |  |  |  |  |  |  |  |

| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                       | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
|---|---------------------------------------|------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa:  | Gabriela Gaszczyk-Zapała Vita-Dental  |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Tarnawa Dolna/38-516/Tarnawa Dolna 28 |                        |          |             | X          |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 | 537 426 601                           |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 27       | kategoria realizowanych świadczeń                         |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|
| nazwa:  | Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Leżajsku |  |  |  |  |  |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 37-300 Leżajsk, ul. Leśna 22                              |  |  |  |  |  |  |  |  |
| telefon/ telefony:                                | 17 24 04 900  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| identyfikator REGON                               | 000306650   |  |  |  |  |  |  |  |  |

| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                              | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
|---|------------------------------|------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa:  | Szpitalny Oddział Ratunkowy  |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 37-300 Leżajsk, ul. Leśna 22 |                        |          |             |            |                                     | X                                  | X                                   | X            |
| telefon/ telefony                                 | 17 24 04 907                 |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 28 | kategoria realizowanych świadczeń |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|-----------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
|---|-----------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|

|   |  |                               |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
|---|--|-------------------------------|-----------------|--------------------|-------------------|--|---|--|---------------------|
| nazwa:  | <b>Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Nisku</b> |                               |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 37-400 Nisko, ul. Tadeusza Kościuszki 1                                |                               |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
| telefon/ telefony:                                | 15 84 12 003   |                               |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
| identyfikator REGON                               | 000306680  |                               |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |  | <b>transport sanitarny **</b> | <b>leczenie</b> | <b>izolatorium</b> | <b>teleporada</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> |
| nazwa:  | Izba Przyjęć   |                               |                 |                    |                   |  |   | X  |                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 37-400 Nisko, ul. Tadeusza Kościuszki 1                                |                               |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
| telefon/ telefony                                 | 15 84 16 703   |                               |                 |                    |                   |  |   |  |                     |

|  |  |                               |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
|--|--|-------------------------------|-----------------|--------------------|-------------------|--|---|--|---------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 29</b> | <b>kategoria realizowanych świadczeń</b>                   |                               |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
| nazwa:   | <b>Zespół Opieki Zdrowotnej w Ropczycach</b>               |                               |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | 39-100 Ropczyce, ul. Ks. Kardynała Stefana Wyszyńskiego 54 |                               |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
| telefon/ telefony:                                 | 17 22 18 312   |                               |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
| identyfikator REGON                                | 690692118  |                               |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  | <b>transport sanitarny **</b> | <b>leczenie</b> | <b>izolatorium</b> | <b>teleporada</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> |
| nazwa:   | Izba Przyjęć   |                               |                 |                    |                   |  | X   | X  |                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | 39-120 Sędziszów Małopolski, ul. Wyspiańskiego 14          |                               |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
| telefon/ telefony                                  | 17 22 20 092   |                               |                 |                    |                   |  |   |  |                     |

|  |  |                               |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
|--|--|-------------------------------|-----------------|--------------------|-------------------|--|---|--|---------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 30</b> | <b>kategoria realizowanych świadczeń</b> |                               |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
| nazwa:   | <b>VITAL-MED Krystyna Kuśnierz</b>       |                               |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Rzeszów/35-505/ul. Iwonicza 38/3L        |                               |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
| telefon/ telefony:                                 | 57 772 03 23                             |                               |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
| identyfikator REGON                                | 367001392                                |                               |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  | <b>transport sanitarny **</b> | <b>leczenie</b> | <b>izolatorium</b> | <b>teleporada</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> |
| nazwa:   | VITAL-MED Krystyna Kuśnierz              |                               |                 |                    | X                 |  |   |  |                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Rzeszów/35-505/ul. Iwonicza 38/3L        |                               |                 |                    |                   |  |   |  |                     |
| telefon/ telefony                                  | +48 57 772 03 23                         |                               |                 |                    |                   |  |   |  |                     |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 31</b> | <b>kategoria realizowanych świadczeń</b>     |  |  |  |  |  |  |  |
| nazwa:   | <b>Centrum Medyczne Kormed sp. zo.o sp.k</b> |  |  |  |  |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Lubaczów/37-600/ul. Kościuszki 141/7         |  |  |  |  |  |  |  |
| telefon/ telefony:                                 | 16 632 03 10                                 |  |  |  |  |  |  |  |

|   |                                       |                               |                 |                    |                   |  |   |  |                     |  |
|---|---------------------------------------|-------------------------------|-----------------|--------------------|-------------------|--|---|--|---------------------|--|
| identyfikator REGON                               | 363618894                             |                               |                 |                    |                   |  |   |  |                     |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |                                       | <b>transport sanitarny **</b> | <b>leczenie</b> | <b>izolatorium</b> | <b>teleporada</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> |  |
| nazwa:  | Centrum Medyczne Kormed sp. zo.o sp.k |                               |                 |                    | X                 |  |   |  |                     |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lubaczów/37-600/ul. Kościuszki 141/7  |                               |                 |                    |                   |  |   |  |                     |  |
| telefon/ telefony                                 | 16 632 03 10                          |                               |                 |                    |                   |  |   |  |                     |  |

|  |   |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |  |
|--|---|--|-----------------|--------------------|-------------------|--|---|--|---------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 32</b> |   | <b>kategoria realizowanych świadczeń</b> |                 |                    |                   |  |   |  |                     |  |
| nazwa:   | Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Nowej Dębie |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | 39-460 Nowa Dęba, ul. Marii Skłodowskiej-Curie 1A                     |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |  |
| telefon/ telefony:                                 | 15 84 62 651  |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |  |
| identyfikator REGON                                | 000563298   |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |   | <b>transport sanitarny **</b>            | <b>leczenie</b> | <b>izolatorium</b> | <b>teleporada</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> |  |
| nazwa:   | Izba Przyjęć  |  |                 |                    |                   |  |   | X  |                     |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | 39-460 Nowa Dęba, ul. Marii Skłodowskiej-Curie 1A                     |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |  |
| telefon/ telefony                                  | 15 84 62 651  |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |  |

|  |  |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |  |
|--|--|--|-----------------|--------------------|-------------------|--|---|--|---------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 33</b> |  | <b>kategoria realizowanych świadczeń</b> |                 |                    |                   |  |   |  |                     |  |
| nazwa:   | Grupowa Specjalistyczna Praktyka Lekarska NZOZ BAN-MED Marek Banaś Sp.K. |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Dobrzeczów/38-122/Dobrzeczów 478a  |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |  |
| telefon/ telefony:                                 | 606 166 150  |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |  |
| identyfikator REGON                                | 180140862  |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  | <b>transport sanitarny **</b>            | <b>leczenie</b> | <b>izolatorium</b> | <b>teleporada</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> |  |
| nazwa:   | Grupowa Specjalistyczna Praktyka Lekarska NZOZ BAN-MED Marek Banaś Sp.K. |  |                 |                    | X                 |  |   |  |                     |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Dobrzeczów/38-122/Dobrzeczów 478a  |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |  |
| telefon/ telefony                                  | 606 166 150  |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 34</b> |  | <b>kategoria realizowanych świadczeń</b> |  |  |  |  |  |  |  |  |
| nazwa:   | Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Lesku |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | 38-600 Lesko, ul. Kazimierza Wielkiego 4               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| telefon/ telefony:                                 | 13 46 98 071   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| identyfikator REGON                                | 370445072  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                    | transport sanitarny ** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
|---|------------------------------------|------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa:  | Szpitalny Oddział Ratunkowy        |                        |          |             |            |                                     |                                    | X                                   |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 38-600 Lesko, ul. Kochanowskiego 2 |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 | 13 46 08 220                       |                        |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 35       |   | kategoria realizowanych świadczeń |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
|---|---|-----------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa:  | Kliniczny Szpital Wojewódzki nr 1 im. Fryderyka Chopina w Rzeszowie |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 35-055 Rzeszów, ul. Fryderyka Szopena 2                             |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony:                                | 17 86 66 001  |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| identyfikator REGON                               | 690724114   |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |   | transport sanitarny **            | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa:  | Izba Przyjęć  |                                   |          |             |            |                                     | X                                  | X                                   |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 35-055 Rzeszów, ul. Fryderyka Szopena 2                             |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 | 17 86 66 001  |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| Miejsce udzielania świadczeń 2                    |   | transport sanitarny **            | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa:  | Izba Przyjęć  |                                   |          |             |            |                                     | X                                  | X                                   |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 35-241 Rzeszów, ul. Rycerska 2                                      |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 | 17 86 11 421  |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 36       |  | kategoria realizowanych świadczeń |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
|---|--|-----------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| nazwa:  | Zespół Opieki Zdrowotnej w Strzyżowie      |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 38-100 Strzyżów, ul. Dąbrowskiego 10       |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony:                                | 17 27 61 201                               |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| identyfikator REGON                               | 370482512                                  |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | transport sanitarny **            | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |
| nazwa:  | Izba Przyjęć                               |                                   |          |             |            |                                     |                                    | X                                   |              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 38-100 Strzyżów, ul. 700-lecia Strzyżowa 1 |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |
| telefon/ telefony                                 | 17 2761107                                 |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 37       |  | kategoria realizowanych świadczeń |  |  |  |  |  |  |  |
|---|--|-----------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| nazwa:  | Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej "Sanatorium" Im. Jana Pawła II w Górnice |                                   |  |  |  |  |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 36-051 Górnice, ul. Rzeszowska 5   |                                   |  |  |  |  |  |  |  |
| telefon/ telefony:                                | 17 77 15 300   |                                   |  |  |  |  |  |  |  |

|   |                                |                               |                 |                    |                   |  |   |  |                     |  |  |
|---|--------------------------------|-------------------------------|-----------------|--------------------|-------------------|--|---|--|---------------------|--|--|
| identyfikator REGON                               | 000291747                      |                               |                 |                    |                   |  |   |  |                     |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>             |                                | <b>transport sanitarny **</b> | <b>leczenie</b> | <b>izolatorium</b> | <b>teleporada</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> |  |  |
| nazwa:  | Izba przyjęć                   |                               |                 |                    |                   |  |   | X  |                     |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 36-051 Górno, ul. Rzeszowska 5 |                               |                 |                    |                   |  |   |  |                     |  |  |
| telefon/ telefony                                 | 17 77 15 300                   |                               |                 |                    |                   |  |   |  |                     |  |  |

|  |  |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |  |  |
|--|--|--|-----------------|--------------------|-------------------|--|---|--|---------------------|--|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 38</b> |  | <b>kategoria realizowanych świadczeń</b> |                 |                    |                   |  |   |  |                     |  |  |
| nazwa:   | Wojewódzki Szpital im. Zofii z Zamoyskich Tarnobrzeg w Tarnobrzegu |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | 39-400 Tarnobrzeg, ul. Szpitalna 1                                 |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |  |  |
| telefon/ telefony:                                 | 15 81 23 001   |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |  |  |
| identyfikator REGON                                | 000312573  |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |  | <b>transport sanitarny **</b>            | <b>leczenie</b> | <b>izolatorium</b> | <b>teleporada</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> |  |  |
| nazwa:   | Szpitalny Oddział Ratunkowy  |  |                 |                    |                   |  |   | X  | X                   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | 39-400 Tarnobrzeg, ul. Szpitalna 1                                 |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |  |  |
| telefon/ telefony                                  | 15 81 23 001   |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |  |  |

|  |   |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |  |  |
|--|---|--|-----------------|--------------------|-------------------|--|---|--|---------------------|--|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 39</b> |   | <b>kategoria realizowanych świadczeń</b> |                 |                    |                   |  |   |  |                     |  |  |
| nazwa:   | Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Ustrzykach Dolnych |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | 38-700 Ustrzyki Dolne, ul. 29 Listopada 57                          |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |  |  |
| telefon/ telefony:                                 | 13 461 10 28; 13 476 91 28  |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |  |  |
| identyfikator REGON                                | 370444598   |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |   | <b>transport sanitarny **</b>            | <b>leczenie</b> | <b>izolatorium</b> | <b>teleporada</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> |  |  |
| nazwa:   | Izba Przyjęć  |  |                 |                    |                   |  |   | X  |                     |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | 38-700 Ustrzyki Dolne, ul. 29 Listopada 57                          |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |  |  |
| telefon/ telefony                                  | 13 461 10 28; 13 47 69 128  |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |  |  |

|  |                            |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |  |  |
|--|----------------------------|--|-----------------|--------------------|-------------------|--|---|--|---------------------|--|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 40</b> |                            | <b>kategoria realizowanych świadczeń</b> |                 |                    |                   |  |   |  |                     |  |  |
| nazwa:   | Fundacja Medi3             |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Mielec/39-300/ul.Leśna 3/1 |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |  |  |
| telefon/ telefony:                                 | 667 224 896                |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |  |  |
| identyfikator REGON                                | 381526310                  |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1</b>              |                            | <b>transport sanitarny **</b>            | <b>leczenie</b> | <b>izolatorium</b> | <b>teleporada</b> | <b>doraźne świadczenia stomatologiczne</b> | <b>test na obecność wirusa SARS-CoV-2</b> | <b>wstępna kwalifikacja typu pretriage</b> | <b>punkt pobrań</b> |  |  |
|  |                            |  |                 |                    |                   |  |   |  |                     |  |  |



|   |                            |  |  |  |  |   |  |  |  |  |
|---|----------------------------|--|--|--|--|---|--|--|--|--|
| nazwa:  | Fundacja Medi3             |  |  |  |  | X |  |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Mielec/39-300/ul.Leśna 3/1 |  |  |  |  |   |  |  |  |  |
| telefon/ telefony                                 | 667 224 896                |  |  |  |  |   |  |  |  |  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 41       |                                  | kategoria realizowanych świadczeń |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |
|---|----------------------------------|-----------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|--|
| nazwa:  | Przychodnia Zdrowia Fryszak      |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Fryszak/38-130/ul. Rzeszowska 11 |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |
| telefon/ telefony:                                | 17 277 79 17                     |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |
| identyfikator REGON                               | 690176954                        |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |                                  | transport sanitarny **            | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |  |
| nazwa:  | Przychodnia Zdrowia Fryszak      |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Fryszak/38-130/ul. Rzeszowska 11 |                                   |          |             | X          |                                     |                                    |                                     |              |  |
| telefon/ telefony                                 | 17 277 79 17                     |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 42       |   | kategoria realizowanych świadczeń |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |
|---|---|-----------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|--|
| nazwa:  | PRAKTYKA Tomasz Śliwiński spółka partnerska lekarzy |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Stubno/37-723/Stubno 69B                            |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |
| telefon/ telefony:                                | 16 671 40 10  |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |
| identyfikator REGON                               | 650902251   |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |   | transport sanitarny **            | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |  |
| nazwa:  | PRAKTYKA Tomasz Śliwiński spółka partnerska lekarzy |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Stubno/37-723/Stubno 69B                            |                                   |          |             | X          |                                     |                                    |                                     |              |  |
| telefon/ telefony                                 | 16 671 40 10  |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 43       |  | kategoria realizowanych świadczeń |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |
|---|--|-----------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|--|
| nazwa:  | Kasa Chorych Spółka z Ograniczoną Odpowiedzialnością |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Przemysł/37-300/ul. Grottgiera 4                     |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |
| telefon/ telefony:                                | 604 578 811  |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |
| identyfikator REGON                               | 180256346  |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1                    |  | transport sanitarny **            | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |  |
| nazwa:  | Kasa Chorych Spółka z Ograniczoną Odpowiedzialnością |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Przemysł/37-300/ul. Grottgiera 4                     |                                   |          |             | X          |                                     |                                    |                                     |              |  |

|                   |             |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------------------|-------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| telefon/ telefony | 604 578 811 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------------------|-------------|--|--|--|--|--|--|--|--|

\* w odniesieniu do transportu sanitarnego rozumiane jako miejsce stacjonowania zespołu

\*\* liczba zespołów w danym miejscu