

OBWIESZCZENIE
WOJEWODY PODKARPACKIEGO
z dnia 26 listopada 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 (t.j. Dz.U. z 2020 r. poz. 1842) 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
obowiązujący od 26.11.2020 r.**

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 1 | | kategoria realizowanych świadczeń | | | | | | | | |
|---|-----------------------------------|--|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| 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 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | transport sanitarny ** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | Szpital | | X | | | | X | X | | I, II i III |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 39-200 Dębica, ul. Krakowska 91 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 14 67 03 621 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | | | | | | | | | |
| nazwa: | Stacja Dializ | | X | | | | X | | | nd |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 39-200 Dębica, ul. Krakowska 91 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 14 68 08 414 | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 2 | | kategoria realizowanych świadczeń | | | | | | | | |
|---|---|--|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| 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 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | transport sanitarny ** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | Centrum Opieki Medycznej Leczenie Szpitalne | 1 | X | | | | X | X | S | I i II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 37-500 Jarosław, ul. 3 Maja 70 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 16 62 13 388 | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 3 | | kategoria realizowanych świadczeń | | | | | | | | |
|---|---------------------------------|--|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa: | Szpital Specjalistyczny w Jaśle | | | | | | | | | |
| 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/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | Centrum Szpitalne Jasło | | X | | | | X | X | S | I i II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 38-200 Jasło, ul. Lwowska 22 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 13 44 37 544, 13 44 37 529 | | | | | | | | | |

| 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/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | Szpitalna Opieka Stacjonarna | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 37-100 Łańcut, ul. Ignacego Paderewskiego 5 | | X | | | | X | X | S | II/IV |
| telefon/ telefony | 17 224 01 00 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | | | | | | | | | |
| nazwa: | Pozaszpitalna Opieka Stacjonarna | | X | | | | X | | | II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 37-100 Łańcut, ul. Ignacego Paderewskiego 5 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 17 224 01 80 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | | | | | | | | | |
| nazwa: | Zespół Transportu Sanitarnego | 2 | | | | | | | | nd |
| 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/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | Szpital | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 39-300 Mielec, ul. Żeromskiego 22 | | X | | | | X | X | S | I i II |
| telefon/ telefony | 17 78 00 100 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | | | | | | | | | |
| nazwa: | Stacja Dializ - Pododdział Oddziału Chorób Wewnętrznych i Kardiologii | | X | | | | X | | | nd |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 39-300 Mielec, ul. Żeromskiego 22 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 17 78 00 220 | | | | | | | | | |

| 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 | |
| nazwa: | Lecznictwo Stacjonarne i Całodobowe - Szpital |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 37-700 Przemyśl, ul. ul. Monte Cassino 18 |
| telefon/ telefony | 16 67 75 000 |

| transport sanitarny ** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|------------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| | X | | | | X | X | S | I, II i III |

| | |
|---|---|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 7 | |
| 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 |

kategoria realizowanych świadczeń

| | |
|---|--------------------------------|
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | |
| nazwa: | Szpital SPZOZ w Sanoku |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 38-500 Sanok, ul. 800-lecia 26 |
| telefon/ telefony | 13 46 56 100 |

| transport sanitarny ** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|------------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| | X | | | | X | X | S | II |

| | |
|---|---|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 8 | |
| 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 |

kategoria realizowanych świadczeń

| | |
|---|-------------------------------|
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | |
| nazwa: | Zespół transportu sanitarnego |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 38-400 Krosno, ul. Grodzka 45 |
| telefon/ telefony | 13 43 20 222 |

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

| | |
|---|--|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 9 | |
| nazwa: | Powiatowa Stacja Pogotowia Ratunkowego Samodzielny Publiczny Zakład w Mielcu |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 39-300 Mielec, ul. Żeromskiego 22 |
| telefon/ telefony: | 17 78 00 552 |
| identyfikator REGON | 831364262 |

kategoria realizowanych świadczeń

| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | transport sanitarny ** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|--|------------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa: | Zespół Transportu medycznego- świadczenia zdrowotne udzielane w specjalistycznym środku transportu | 4 | | | | | | | M-3 | nd |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 39-300 Mielec, ul. Żeromskiego 22 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 17 77 36 300 | | | | | | | | | |

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

| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | transport sanitarny ** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|--|------------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa: | Zespół Transportu Medycznego | 3 | | | | | | | M-2 | nd |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 37-700 Przemysł, ul. Juliusza Słowackiego 85 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 531 111 957, 533 644 489 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | | | | | | | | S | nd |
| nazwa: | Punkt Pobrań | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 37-700 Przemysł, ul. Juliusza Słowackiego 85 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 578 007 357 | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 11 | | kategoria realizowanych świadczeń | | | | | | | | |
|---|---|-----------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| nazwa: | Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego w Rzeszowie | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | transport sanitarny ** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|---|------------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa: | Transport Sanitarny | 2 | | | | | | | M-1 | nd |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 35-026 Rzeszów, ul. Księcia Józefa Poniatowskiego 4 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 17 86 00 500 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | | | | | | | | | |
| nazwa: | Izba przyjęć | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|---|---|--|--|--|--|--|---|---|---|----|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 35-026 Rzeszów, ul. Księcia Józefa Poniatowskiego 4 | | | | | | X | X | S | nd |
| telefon/ telefony | 17 85 26 253, 17 852 64 36 | | | | | | | | | |

| 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/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | Zespół Transportu Medycznego | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 38-500 Sanok, ul. Jezierskiego 21 | 1 | | | | | | | | nd |
| 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/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | Ośrodek Świadczeń Szpitalnych (Szpital Ogólny) | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 35-301 Rzeszów, ul. Lwowska 60 | 1 | X | | | | X | X | S | I, II i III |
| telefon/ telefony | 17 86 64 000 | | | | | | | | | |

| 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/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | Szpital Miejski im. Jana Pawła II | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 35-241 Rzeszów, ul. Rycerska 4 | | X | | | | X | X | | I i II |
| telefon/ telefony | 17 861 14 51 | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 15 | | kategoria realizowanych świadczeń | | | | | | | | |
|---|--|-----------------------------------|---|-------------|------------|---|--|---|-----------------|--|
| 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 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | transport sanitarny ** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | Punkt pobrań materiałów do badań | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 35-326 Rzeszów, al. Tadeusza Rejtana 53 | | | | | | | | S, M-2 | nd |
| telefon/ telefony | 17 865 20 00 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | | | | | | | | | |
| nazwa: | Punkt pobrań | | | | | | | | S | nd |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 39-200 Dębica, ul. Kwiatkowskiego 1 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 517 300 828 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 | | | | | | | | | | |
| nazwa: | Punkt pobrań | | | | | | | | S | nd |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 37-400 Nisko, ul. Kościuszki 1 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 517 194 743 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 | | | | | | | | | | |
| nazwa: | Izolatorium - Pałac Ostoya | | | X | | | | | | nd |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 36-002 Jasionka 1D | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 517 306 368 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 5 | | | | | | | | | | |
| nazwa: | Punkt pobrań | | | | | | | | S | nd |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 39-300 Mielec, ul. Partyzantów 21 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 17 788 92 26, 517 194 743 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 6 | | | | | | | | | | |
| nazwa: | Punkt pobrań | | | | | | | | S | nd |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 36-065 Dynów, ul. Zamkowa (parking przy dworcu PKS) | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 517 194 743 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 7 | | | | | | | | | | |
| nazwa: | Punkt pobrań | | | | | | | | S | nd |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 36-002 Jasionka 954F | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 509 890 627 | | | | | | | | | |

| | |
|---|-------------------------------------|
| 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/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|------------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa: | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | | X | | | | X | X | S | I II |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | | | | | | | | |
| nazwa: | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | | X | | | | X | | | III |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | |

| | |
|--|---|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 19 | |
| 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 |

kategoria realizowanych świadczeń

| Miejsce udzielania świadczeń 1 | transport sanitarny ** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|------------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa: | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | | X | | X | | X | X | S | I |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | |

| | |
|--|--|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 20 | |
| 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 |

kategoria realizowanych świadczeń

| Miejsce udzielania świadczeń 1 | transport sanitarny ** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|------------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa: | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | | X | | | | X | X | | I |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|-------------------|-------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 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/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | Szpital p.w. Matki Bożej Pocieszenia Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Leżajsku | | X | | | | X | X | S | I i II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 37-300 Leżajsk, ul. Leśna 22 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 17 24 04 907 | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 28 | | kategoria realizowanych świadczeń | | | | | | | | |
|---|---|-----------------------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa: | Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Nisku | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 37-400 Nisko, ul. Tadeusza Kościuszki 1 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 15 84 12 003 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000306680 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | transport sanitarny ** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | Szpital Powiatowy im. PCK | | X | | | | X | X | | I i II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 37-400 Nisko, ul. Tadeusza Kościuszki 1 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 15 84 16 703 | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 29 | | kategoria realizowanych świadczeń | | | | | | | | |
|---|--|-----------------------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa: | Zespół Opieki Zdrowotnej w Ropczycach | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | transport sanitarny ** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | Szpital Powiatowy w Sędziszowie Młp. | | X | | | | X | X | S | I i II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 39-120 Sędziszów Małopolski, ul. Wyspiańskiego 14 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 17 22 20 092 | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 30 | | kategoria realizowanych świadczeń | | | | | | | | |
|---|-----------------------------------|-----------------------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa: | VITAL-MED Krystyna Kuśnierz | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Rzeszów/35-505/ul. Iwonicka 38/3L | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 57 772 03 23 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 367001392 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | transport sanitarny ** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | VITAL-MED Krystyna Kuśnierz | | | | X | | | | | nd |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Rzeszów/35-505/ul. Iwonicka 38/3L | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | +48 57 772 03 23 | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 31 | | kategoria realizowanych świadczeń | | | | | | | | |
|---|---------------------------------------|-----------------------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa: | Centrum Medyczne Kormed sp. zo.o sp.k | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lubaczów/37-600/ul. Kościuszki 141/7 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 16 632 03 10 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 363618894 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | transport sanitarny ** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | Centrum Medyczne Kormed sp. zo.o sp.k | | | | X | | | | | nd |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lubaczów/37-600/ul. Kościuszki 141/7 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 16 632 03 10 | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 32 | | kategoria realizowanych świadczeń | | | | | | | | |
|---|---|-----------------------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| 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 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | transport sanitarny ** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | Szpital Powiatowy w Nowej Dębie | | X | | | | X | X | S | I |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 39-460 Nowa Dęba, ul. Marii Skłodowskiej-Curie 1A | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 15 84 62 651 | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 33 | | kategoria realizowanych świadczeń | | | | | | | | |
|---|--|-----------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
|---|--|-----------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|

| | |
|---|--|
| nazwa: | Grupowa Specjalistyczna Praktyka Lekarska NZOZ BAN-MED Marek Banaś Sp.K. |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Dobrzechów/38-122/Dobrzechów 478a |
| telefon/ telefony: | 606 166 150 |
| identyfikator REGON | 180140862 |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | transport sanitarny ** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|--|------------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa: | Grupowa Specjalistyczna Praktyka Lekarska NZOZ BAN-MED Marek Banaś Sp.K. | | | | X | | | | | nd |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Dobrzechów/38-122/Dobrzechów 478a | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 606 166 150 | | | | | | | | | |

| | |
|--|--|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 34 | |
| 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 |

kategoria realizowanych świadczeń

| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | transport sanitarny ** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|------------------------------------|------------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa: | Szpital Powiatowy w Lesku | | X | | | | X | X | S | I |
| 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 | |
| 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 |

kategoria realizowanych świadczeń

| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | transport sanitarny ** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|---|------------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa: | Szpital Ogólny | | X | | | | X | X | | I i II |
| 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 | | | | | | | | | | |
| nazwa: | Zakład Leczniczy Szpital Podkarpackie Centrum Chorób Płuc | | X | | | | X | X | | I i II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 35-241 Rzeszów, ul. Rycerska 2 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 17 86 11 421 | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | |
|-------------------|--------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| telefon/ telefony | 15 81 23 001 | | | | | | | | | | |
|-------------------|--------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 39 | | kategoria realizowanych świadczeń | | | | | | | | | | |
|---|---|-----------------------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|--|--|
| 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 | | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | transport sanitarny ** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 | | |
| nazwa: | Szpital Ogólny | | X | | | | X | X | S | I | | |
| 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 | | | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 40 | | kategoria realizowanych świadczeń | | | | | | | | | |
|---|----------------------------|-----------------------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|--|
| 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 | | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | transport sanitarny ** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 | |
| nazwa: | Fundacja Medi3 | | | | X | | | | | nd | |
| 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/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 | |
| nazwa: | Przychodnia Zdrowia Fryszak | | | | X | | | | | nd | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Fryszak/38-130/ul. Rzeszowska 11 | | | | | | | | | | |
| 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/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|---|------------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa: | PRAKTYKA Tomasz Śliwiński spółka partnerska lekarzy | | | | X | | | | | nd |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Stubno/37-723/Stubno 69B | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 16 671 40 10 | | | | | | | | | |

| | |
|--|---|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 43 | |
| 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 |

kategoria realizowanych świadczeń

| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | transport sanitarny ** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|--|------------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa: | Kasa Chorych Spółka z Ograniczoną Odpowiedzialnością | | | | X | | | | | nd |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Przemysł/37-300/ul. Grottgiera 4 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 604 578 811 | | | | | | | | | |

| | |
|--|---|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 44 | |
| nazwa: | Specjalistyczny Psychiatryczny Zespół Opieki Zdrowotnej im. Prof. Antoniego Kępińskiego w Jarosławiu |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 37-500 Jarosław, ul. Tadeusza Kościuszki 18 |
| telefon/ telefony: | 16 62 14 611 |
| identyfikator REGON | 000296638 |

kategoria realizowanych świadczeń

| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | transport sanitarny ** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|---|------------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa: | Szpital | | X | | | | X | X | | III |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 37-500 Jarosław, ul. Tadeusza Kościuszki 18 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 16 62 14 611 | | | | | | | | | |

| | |
|--|--|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 45 | |
|--|--|

kategoria realizowanych świadczeń

| | |
|---|--|
| nazwa: | Wojewódzki Podkarpacki Szpital Psychiatryczny im. Prof. Eugeniusza Brzeźickiego w Żurawicy |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 37-710 Żurawica, ul. Różana 9 |
| telefon/ telefony: | 16 67 23 003 |
| identyfikator REGON | 000667655 |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 | transport sanitarny ** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|------------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa: | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | | | | | | | X | | nd |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | |

| | |
|--|---|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 46 | |
| nazwa: | American Heart of Poland Spółka Akcyjna |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 43-450 Ustroń, ul. Sanatoryjna 1 |
| telefon/ telefony: | 32 76 04 600 |
| identyfikator REGON | 072347621 |

kategoria realizowanych świadczeń

| Miejsce udzielania świadczeń 1 | transport sanitarny ** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|------------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa: | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | | X | | | | X | | | I |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | | | | | | | | | |
| nazwa: | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | | X | | | | X | | | I |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | |

| | |
|--|--|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 47 | |
| nazwa: | G.V.M.CARINT SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 31-514 Kraków, al. płk. Beliny-Prażmowskiego 60 |
| telefon/ telefony: | 12 621 15 01 |
| identyfikator REGON | 120557824 |

kategoria realizowanych świadczeń

| Miejsce udzielania świadczeń 1 | transport sanitarny ** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|------------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa: | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | | X | | | | X | | | I |
| telefon/ telefony | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 48 | | kategoria realizowanych świadczeń | | | | | | | | |
|---|---|-----------------------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa: | Diagnostyka Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 31-864 Kraków, ul. prof. Michała Życzkowskiego 16 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 12 29 50 100 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 356366975 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | transport sanitarny ** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | Punkt pobrań materiału do badań | | | | | | | | S | nd |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 35-111 Rzeszów, ul. Krakowska 16 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 783 944 251 | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 49 | | kategoria realizowanych świadczeń | | | | | | | | |
|---|---|-----------------------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa: | Diaverum Polska Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 04-769 Warszawa, ul. Cylichowska 13/15 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 22 516 06 00 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 140878910 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | transport sanitarny ** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | Stacja Dializ | 1 | X | | | | | | | nd |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 37-700 Przemyśl, ul. Monte Cassino 18 | (dializowani) | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 16 677 51 51 | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 50 | | kategoria realizowanych świadczeń | | | | | | | | |
|---|---|-----------------------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa: | CARITAS ARCHIDIECEZJI PRZEMYSKIEJ | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 37-700 Przemyśl, ul. Kapitulna 1 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 69 59 30 784 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 040038655 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | transport sanitarny ** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | Centrum Medycno-Charytatywne im. Św. Józefa Izolatorium - budynek nr 2 | | | X | | | | | | nd |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 37-700 Przemyśl, ul. Słowackiego 85 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 664 396 593 | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 51 | | kategoria realizowanych świadczeń | | | | | | | | |
|---|---|-----------------------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa: | Fresenius Nephrocare Polska Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 60-118 Poznań, ul. Krzywa 13 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 61 83 92 662 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 634254014 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | transport sanitarny ** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | Stacja Dializ | 1 (dializowani) | | | | | | | | nd |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 38-400 Krosno, ul. Korczyńska 57 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 13 436 39 05 | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 52 | | kategoria realizowanych świadczeń | | | | | | | | |
|---|--|-----------------------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa: | Podkarpackie Centrum Genetyczne ONCOGENLAB Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 35-615 Rzeszów , ul. Leszka Czarnego 4d | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 660 430 830 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 383133649 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | transport sanitarny ** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | Pobieranie materiałów do badań | | | | | | | | S | nd |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 35-615 Rzeszów , ul. Leszka Czarnego 4d | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 509 890 627 | | | | | | | | | |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 53 | | kategoria realizowanych świadczeń | | | | | | | | |
|---|---|-----------------------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa: | Uzdrowisko Rymanów Spółka Akcyjna | | | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 38-481 Rymanów-Zdrój, ul. Zdrojowa 48 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 13 43 57 401 | | | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000872059 | | | | | | | | | |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | transport sanitarny ** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa: | Szpital i Sanatorium Uzdrowiskowe "Zimowit" | 1 | X | | | | X | | | II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 38-481 Rymanów-Zdrój, ul. Leśna 4 | | | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 13 43 57 231 | | | | | | | | | |

* w odniesieniu do transportu sanitarnego rozumiane jako miejsce stacjonowania zespołu

** liczba zespołów w danym miejscu

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

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

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

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

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

Wykaz cz. V - Wykonanie testu antygenowego na obecność wirusa SARS-CoV-2

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