Wykaz podmiotów udzielających świadczeń opieki zdrowotnej, w tym transportu sanitarnego, w związku z przeciwdziałaniem COVID-19 - wg stanu na dzień 17 maja 2021r.

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 1		katalog realizowanych świadczeń							Poziom zabezpieczenia COViD - 19
nazwa:	SZPITAL UNIWERSYTECKI IMIENIA KAROLA MARCINKOWSKIEGO W ZIELONEJ GÓRZE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ								II
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Zielona Góra/ 65-046/ ul. Zyty 26								
telefon/ telefony:	683296200								
identyfikator REGON	970773231								
Miejsce udzielania świadczeń 1*		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	Kliniczny Oddział Chorób Zakaźnych		X						II
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Zielona Góra/ 65-046/ ul. Zyty 26								
telefon/ telefony	68 3296478; 68 3296481; 68 3296200								
Data dodania do wykazu	09.03.2020r.								
Data wykreślenia z wykazu									
Miejsce udzielania świadczeń 2*		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	Szpitalny Oddział Ratunkowy	**2**					X		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Zielona Góra/ 65-046/ ul. Zyty 26								
telefon/ telefony	68 32 96 340								
Data dodania do wykazu	09.04.2020r.								
Data wykreślenia z wykazu									
Miejsce udzielania świadczeń 3*		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	Akademik "Wcześniak"			X					
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Zielona Góra/ 65-762/ ul. Wojska Polskiego 67								
telefon/ telefony									
Data dodania do wykazu	29.04.2020r.								
Data wykreślenia z wykazu									
Miejsce udzielania świadczeń 4*		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	Szpital Tymczasowy		X						szpital tymczasowy
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Zielona Góra/ 65-046/ ul. Zyty 26								
telefon/ telefony	68 329 62 00								
Data dodania do wykazu	07.12.2020r.								
Data wykreślenia z wykazu									

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 2		katalog realizowanych świadczeń	Poziom zabezpieczenia COViD - 19
nazwa:	Wielospecjalistyczny Szpital Wojewódzki w Gorzowie Wlkp. spółka z ograniczoną odpowiedzialnością		IV
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Gorzów Wielkopolski/ 66-400/ ul. Jana Dekerta 1		
telefon/ telefony:	957 331 222		
identyfikator REGON	211228381		

Miejsce udzielania świadczeń 1*		transport sanitarny **	leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19	izolatorium	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań	
nazwa:	Wielospecjalistyczny Szpital Wojewódzki w Gorzowie Wlkp. spółka z ograniczoną odpowiedzialnością		X				X	Sx2	IV
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Gorzów Wielkopolski/ 66-400/ ul. Jana Dekerta 1 (wraz z Zespołem Szpitalnym przy ul Walczaka 42)								
telefon/ telefony	957 331 222								
Data dodania do wykazu	09.03.2020r.								
Data wykreślenia z wykazu									

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 3		katalog realizowanych świadczeń	Poziom zabezpieczenia COViD - 19
nazwa:	105. Kresowy Szpital Wojskowy z Przychodnią Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej		II
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Żary/ 68-200/ ul. Domańskiego 2		
telefon/ telefony:	684 707 810		
identyfikator REGON	970327974		

Miejsce udzielania świadczeń 1*		transport sanitarny **	leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19	izolatorium	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań
nazwa:	Hotel Villa Nowa			X				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Żagań/68-100/Nowogródzka 74							
telefon/ telefony								
Data dodania do wykazu	09.04.2020r.							
Data wykreślenia z wykazu	01.05.2021r.							

Miejsce udzielania świadczeń 2*		transport sanitarny **	leczenie / obserwacja w kierunku COVID-	izolatorium	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań
nazwa:	105. Kresowy Szpital Wojskowy z Przychodnią Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej		X				X	Sx2 (Żary i Żagań)
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Żary/ 68-200/ ul. Domańskiego 2 (wraz z filią Żagań)							
telefon/ telefony	68 470 79 07							
Data dodania do wykazu	09.03.2020r.							
Data wykreślenia z wykazu								

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 4		katalog realizowanych świadczeń	Poziom zabezpieczenia COViD - 19
nazwa:	Lubuski Szpital Specjalistyczny Pulmonologiczno-Kardiologiczny w Torzymiu Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością		II
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Torzym/ 66-235/ ul. Wojska Polskiego 52		
telefon/ telefony:	68 34 16 300		
identyfikator REGON	080467187		

Miejsce udzielania świadczeń 1*		transport sanitarny **	leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19	izolatorium	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań
nazwa:	Lubuski Szpital Specjalistyczny Pulmonologiczno-Kardiologiczny w Torzymiu Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością		X				X	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Torzym/ 66-235/ ul. Wojska Polskiego 52							
telefon/ telefony	68 34 16 300							
Data dodania do wykazu	09.03.2020r.							
Data wykreślenia z wykazu								

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 5		katalog realizowanych świadczeń
nazwa:	Paramedic 24 Sp. z o. o.	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Szczecin/71-040/gen. Józefa Hallera 11	
telefon/ telefony:	601 631 484	
identyfikator REGON	321482051	

Miejsce udzielania świadczeń 1 *		transport sanitarny **	leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19	izolatorium	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań
nazwa:	Zespół transportu medycznego	3						M (10 zespołów wymazowych)
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kostrzyn nad Odrą/66-470/Czereśniowa 43							
telefon/ telefony	601 631 484							
Data dodania do wykazu	20.03.2020r.							
Data wykreślenia z wykazu								

Miejsce udzielania świadczeń 2 *		transport sanitarny **	leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19	izolatorium	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań
nazwa:	Zespół transportu medycznego	4						
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Międzyrzecz/66-300/ul. Słoneczna 4							
telefon/ telefony	601 631 484							
Data dodania do wykazu	20.07.2020r.							
Data wykreślenia z wykazu								

Miejsce udzielania świadczeń 3 *		transport sanitarny **	leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19	izolatorium	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań
nazwa:	Zespół transportu medycznego	3						
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Górzyca/69-113/ul. Różana 33							
telefon/ telefony	601 631 484							
Data dodania do wykazu	04.10.2020r.							
Data wykreślenia z wykazu								

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 6		katalog realizowanych świadczeń	Poziom zabezpieczenia COVID - 19
nazwa:	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej		II/III*
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Sulechów/66-100/ul. Zwycięstwa 1		
telefon/ telefony:	797 606 252		
identyfikator REGON	000310396		

Miejsce udzielania świadczeń 1*		transport sanitarny **	leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19	izolatorium	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań	
nazwa:	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej		X				X		II/III*
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Sulechów/66-100/ul. Zwycięstwa 1								
telefon/ telefony	797 606 252								
Data dodania do wykazu	25.03.2020r.								
Data wykreślenia z wykazu									

*III poziom obowiązuje od dnia 12 marca 2021r.

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 7		katalog realizowanych świadczeń
nazwa:	TRANSMED S. C. Arkadiusz Masiowski, Tomasz Urban	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Nowa Sól/67-100/ul. Traugutta 1	
telefon/ telefony:	604 984 220	
identyfikator REGON	970757048	

Miejsce udzielania świadczeń 1 *		transport sanitarny **	leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19	izolatorium	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań
nazwa:	Zespół transportu medycznego	3						
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Nowa Sól/67-100/ul. Traugutta 1							
telefon/ telefony	604 984 220							
Data dodania do wykazu	25.03.2020r.							
Data wykreślenia z wykazu								

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 8		katalog realizowanych świadczeń

nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Stomatologia Rodzinna "KA-DENT" S.C.Katarzyna Kostrzewska-Kaminiarz, Janusz Kaminiarz
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Wschowa/67-400/ul. Lipowa 18
telefon/ telefony:	65 540 16 55, 509 787 701
identyfikator REGON	971297560

Miejsce udzielania świadczeń 1*		transport sanitarny **	leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19	izolatorium	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Stomatologia Rodzinna "KA-DENT" S.C.Katarzyna Kostrzewska-Kaminiarz, Janusz Kaminiarz				X			
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Wschowa/67-400/ul. Lipowa 18							
telefon/ telefony	65 540 16 55, 509 787 701							
Data dodania do wykazu	01.04.2020r.							
Data wykreślenia z wykazu								

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 9		katalog realizowanych świadczeń							Poziom zabezpieczenia COVID - 19
nazwa:	Szpital Międzyrzecki Sp. z o.o.								I/II*
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Międzyrzecz/66-300/Konstytucji 3 Maja 35								
telefon/ telefony:	95 742 83 00								
identyfikator REGON	210368418								
Miejsce udzielania świadczeń 1*		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	Szpitalny Oddział Ratunkowy						X	S	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Międzyrzecz/66-300/Konstytucji 3 Maja 35								
telefon/ telefony	95 742 82 81								
Data dodania do wykazu	09.04.2020r.								
Data wykreślenia z wykazu									
Miejsce udzielania świadczeń 2*		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	Szpital Międzyrzecki Sp. z o.o.		X						I/II*
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Międzyrzecz/66-300/Konstytucji 3 Maja 35								
telefon/ telefony	95 742 83 00								
Data dodania do wykazu	15.09.2020r.								
Data wykreślenia z wykazu									

*II poziom obowiązuje od dnia 03.04.2021r. do 01.05.2021r.

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 10		katalog realizowanych świadczeń							Poziom zabezpieczenia COVID - 19
nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ SULĘCIN								I
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Sulęcin/69-200/Wincentego Witosa 7								
telefon/ telefony:	95 755 22 60								
identyfikator REGON	000300736								
Miejsce udzielania świadczeń 1*		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**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	Sulęcin/69-200/Wincentego Witosa 7								
telefon/ telefony	95 755 95 09								
Data dodania do wykazu	09.04.2020r.								
Data wykreślenia z wykazu									
Miejsce udzielania świadczeń 2*		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ SULĘCIN		X					S	I
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Sulęcin/69-200/Wincentego Witosa 7								
telefon/ telefony	95 755 22 60								
Data dodania do wykazu	15.09.2020r.								
Data wykreślenia z wykazu									

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 11		katalog realizowanych świadczeń							Poziom zabezpieczenia COViD - 19
nazwa:	Wielospecjalistyczny Szpital w Nowej Soli								I
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Nowa Sól/67-100/Chałubińskiego 7								
telefon/ telefony:	68 388 21 00								
identyfikator REGON	970774733								
Miejsce udzielania świadczeń 1*		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**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	Nowa Sól/67-100/Chałubińskiego 7								
telefon/ telefony	68 38 82 310								
Data dodania do wykazu	09.04.2020r.								
Data wykreślenia z wykazu									
Miejsce udzielania świadczeń 2*		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	Wielospecjalistyczny Szpital w Nowej Soli		X						I
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Nowa Sól/67-100/Chałubińskiego 7								
telefon/ telefony	68 388 21 00								
Data dodania do wykazu	15.09.2020r.								
Data wykreślenia z wykazu									
Miejsce udzielania świadczeń 3*		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	Wielospecjalistyczny Szpital w Nowej Soli							S	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Nowa Sól/67-100/ul. 1-go Maja 26 (Stadion Miejski)								
telefon/ telefony	500078090								
Data dodania do wykazu	24.10.2020r.								
Data wykreślenia z wykazu									

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 12		katalog realizowanych świadczeń							Poziom zabezpieczenia COViD - 19
nazwa:	"Powiatowe Centrum Zdrowia" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością								II
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Drezdenko/66-530/Piłsudskiego 8								
telefon/ telefony:	95 762 05 10								
identyfikator REGON	080396330								
Miejsce udzielania świadczeń 1*		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	"Powiatowe Centrum Zdrowia" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością		X				X *	S	II
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Drezdenko/66-530/Piłsudskiego 8								
telefon/ telefony	95 762 05 10								
Data dodania do wykazu	09.04.2020r.								
Data wykreślenia z wykazu									

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 13		katalog realizowanych świadczeń							Poziom zabezpieczenia COViD - 19
nazwa:	ZACHODNIE CENTRUM MEDYCZNE								I
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KROSNO ODRZANSKIE/66-600/Piastów 3								
telefon/ telefony:	68 383 5328								
identyfikator REGON	366423412								
Miejsce udzielania świadczeń 1*		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	

nazwa:	ZACHODNIE CENTRUM MEDYCZNE		X				X	Sx2 (Krosno Odrzańskie i Gubin)	I
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KROSNO ODRZANSKIE/66-600/Piastów 3								
telefon/ telefony	68 419 75 81								
Data dodania do wykazu	09.04.2020r.								
Data wykreślenia z wykazu									

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 14		**katalog realizowanych świadczeń**							**Poziom zabezpieczenia COViD - 19**
nazwa:	Szpital Na Wyspie Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością								I
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŻARY/68-200/Pszenna 2								
telefon/ telefony:	68 475 76 00								
identyfikator REGON	977947094								
Miejsce udzielania świadczeń 1*		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**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	ŻARY/68-200/Pszenna 2								
telefon/ telefony	533 318 219								
Data dodania do wykazu	09.04.2020r.								
Data wykreślenia z wykazu									
Miejsce udzielania świadczeń 2*		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	Szpital Na Wyspie Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	1	X						I
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŻARY/68-200/Pszenna 2								
telefon/ telefony	68 475 76 00								
Data dodania do wykazu	15.09.2020r.								
Data wykreślenia z wykazu									

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 15		**katalog realizowanych świadczeń**							**Poziom zabezpieczenia COViD - 19**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital im. prof.Z.Religi w Słubicach s. z o.o.								I*
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Słubice/69-100/Nadodrzańska 6								
telefon/ telefony:	095 750 14 10								
identyfikator REGON	080445872								
Miejsce udzielania świadczeń 1*		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital im. prof.Z.Religi w Słubicach s.		X				X	S	I*
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Słubice/69-100/Nadodrzańska 6								
telefon/ telefony	095 750 14 10								
Data dodania do wykazu	09.04.2020r.								
Data wykreślenia z wykazu									

*do dnia 14 maja 2021r. obowiązywał II poziom zabezbieczenia

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 16		**katalog realizowanych świadczeń**							**Poziom zabezpieczenia COViD - 19**
nazwa:	Nowy Szpital we Wschowie spółka z ograniczoną odpowiedzialnoscią								I
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Wschowa/67-400/ks. Kostki 33								
telefon/ telefony:	412 401 400								
identyfikator REGON	320233950								
Miejsce udzielania świadczeń 1*		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	Izba Przyjęć						X	S	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Wschowa/67-400/ks. Kostki 33								
telefon/ telefony	41 240 14 10								
Data dodania do wykazu	09.04.2020r.								
Data wykreślenia z wykazu									

Miejsce udzielania świadczeń 2*		transport sanitarny **	leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19	izolatorium	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań	
nazwa:	Nowy Szpital we Wschowie spółka z ograniczoną odpowiedzialnoscią		X						I
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Wschowa/67-400/ks. Kostki 33								
telefon/ telefony	412 401 400								
Data dodania do wykazu	15.09.2020r.								
Data wykreślenia z wykazu									

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 17		katalog realizowanych świadczeń							Poziom zabezpieczenia COViD - 19
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital im.dr nauk medycznych Radzimira Śmigielskiego sp. z o. o.								I*
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Skwierzyna/66-440/Szpitalna 5								
telefon/ telefony:	95 717 00 39								
identyfikator REGON	211184206								
Miejsce udzielania świadczeń 1*		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital im.dr nauk medycznych Radzimira Śmigielskiego sp. z o. o.		X				X	S	I*
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Skwierzyna/66-440/Szpitalna 5								
telefon/ telefony	95 717 00 39								
Data dodania do wykazu	09.04.2020r.								
Data wykreślenia z wykazu									

*zaprzestanie pełnienia roli szpitala na II pozimie zabezpieczenia od dnia 11 kwietnia 2021r.

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 18		katalog realizowanych świadczeń							Poziom zabezpieczenia COViD - 19
nazwa:	Nowy Szpital w Kostrzynie nad Odrą Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością								I/II
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kostrzyn nad Odrą/66-470/Gabriela Narutowicza 6								
telefon/ telefony:	412 401 800								
identyfikator REGON	080188702								
Miejsce udzielania świadczeń 1*		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	Izba Przyjęć							S	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kostrzyn nad Odrą/66-470/Gabriela Narutowicza 6								
telefon/ telefony	41 240 18 10								
Data dodania do wykazu	05.06.2020r.								
Data wykreślenia z wykazu									
Miejsce udzielania świadczeń 2*		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	Nowy Szpital w Kostrzynie nad Odrą Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	1	X				X		I/II
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kostrzyn nad Odrą/66-470/Gabriela Narutowicza 6								
telefon/ telefony	412 401 800								
Data dodania do wykazu	09.04.2020r.								
Data wykreślenia z wykazu									

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 19		katalog realizowanych świadczeń	Poziom zabezpieczenia COViD - 19
nazwa:	Nowy Szpital w Świebodzinie Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością		I/II
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŚWIEBODZIN/66-200/Młyńska 6		
telefon/ telefony:	412 402 100		
identyfikator REGON	320425542		

Miejsce udzielania świadczeń 1*		transport sanitarny **	leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19	izolatorium	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań	
nazwa:	Nowy Szpital w Świebodzinie Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością		X				X	S	I/II
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŚWIEBODZIN/66-200/Młyńska 6								
telefon/ telefony	412 402 100								
Data dodania do wykazu	09.04.2020r.								
Data wykreślenia z wykazu									

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 20		katalog realizowanych świadczeń							Poziom zabezpieczenia COViD - 19
nazwa:	Nowy Szpital w Szprotawie Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością								I
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Szprotawa/67-300/Henrykowska 1								
telefon/ telefony:	412 402 311								
identyfikator REGON	320592406								
Miejsce udzielania świadczeń 1*		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	Izba Przyjęć						X	S	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Szprotawa/67-300/Henrykowska 1								
telefon/ telefony	412 402 311								
Data dodania do wykazu	09.04.2020r.								
Data wykreślenia z wykazu									
Miejsce udzielania świadczeń 2*		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	Nowy Szpital w Szprotawie Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością		X						I
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Szprotawa/67-300/Henrykowska 1								
telefon/ telefony	412 402 311								
Data dodania do wykazu	15.09.2020r.								
Data wykreślenia z wykazu									

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 21		katalog realizowanych świadczeń							Poziom zabezpieczenia COViD - 19
nazwa:	Lubuskie Centrum Ortopedii im. dr. Lecha Wierusza Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością								I
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Świebodzin/66-200/Zamkowa 1								
telefon/ telefony:	68 475 06 30								
identyfikator REGON	000290630								
Miejsce udzielania świadczeń 1*		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**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	Świebodzin/66-200/Zamkowa 1								
telefon/ telefony	68 475 06 30								
Data dodania do wykazu	09.04.2020r.								
Data wykreślenia z wykazu									
Miejsce udzielania świadczeń 2*		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	Lubuskie Centrum Ortopedii im. dr. Lecha Wierusza Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością		X						I
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Świebodzin/66-200/Zamkowa 1								
telefon/ telefony	68 475 06 30								
Data dodania do wykazu	15.09.2020r.								
Data wykreślenia z wykazu									

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 22		katalog realizowanych świadczeń	Poziom zabezpieczenia COViD - 19

nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MINISTERSTWA SPRAW WEWNĘTRZNYCH I ADMINISTRACJI W ZIELONEJ GÓRZE								I
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Zielona Góra/ 65-044/ul. Wazów 42								
telefon/ telefony:	68 452 77 00								
identyfikator REGON	970748470								
Miejsce udzielania świadczeń 1*		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MINISTERSTWA SPRAW WEWNĘTRZNYCH I ADMINISTRACJI W ZIELONEJ GÓRZE		X						I
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Zielona Góra/ 65-044/ul. Wazów 42								
telefon/ telefony	68 452 77 00								
Data dodania do wykazu	09.04.2020r.								
Data wykreślenia z wykazu									
Miejsce udzielania świadczeń 2*		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MINISTERSTWA SPRAW WEWNĘTRZNYCH I ADMINISTRACJI W ZIELONEJ GÓRZE							S	I
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Zielona Góra/65-022/Sulechowska 41 (parking)								
telefon/ telefony	68 452 77 64								
Data dodania do wykazu	23.10.2020r.								
Data wykreślenia z wykazu									

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 23		**katalog realizowanych świadczeń**							**Poziom zabezpieczenia COVID - 19**
nazwa:	Dolnośląskie Centrum Chorób Serca im. Prof. Zbigniewa Religii – MEDINET sp. z o. o.								I
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	51-124 / Wrocław / ul. Henryka Michała Kamieńskiego 73A								
telefon/ telefony:	68 388 21 91								
identyfikator REGON	390775606								
Miejsce udzielania świadczeń 1*		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**	
nazwa:	Dolnośląskie Centrum Chorób Serca im. Prof. Zbigniewa Religii – MEDINET sp. z o. o.		X						I
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	67-100 / Nowa Sól / ul. Chałubińskiego 7								
telefon/ telefony	68 388 21 91								
Data dodania do wykazu	15.09.2020r.								
Data wykreślenia z wykazu									

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 24		**katalog realizowanych świadczeń**						
nazwa:	LLP Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Sulechów/66-100/ul. Krańcowa 2a							
telefon/ telefony:	721 998 202							
identyfikator REGON	381022354							
Miejsce udzielania świadczeń 1*		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**
nazwa:	LLP Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością							S
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Sulechów/66-100/ul. Krańcowa 1a							
telefon/ telefony	721 998 202							
Data dodania do wykazu	23.10.2020r.							
Data wykreślenia z wykazu								

Miejsce udzielania świadczeń 2*		transport sanitarny **	leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19	izolatorium	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań
nazwa:	Centrum Medyczne TOPMED							S
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Zielona Góra/65-120/ul. Zjednoczenia 104							
telefon/ telefony	721 998 202							
Data dodania do wykazu	19.03.2021r.							
Data wykreślenia z wykazu	01.05.2021r							

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 25		katalog realizowanych świadczeń						
nazwa:	Spółdzielnia Rehabilitacja w Gościmiu Spółdzielnia Osób Prawnych							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Drezdenko/66-530/Gościm 89							
telefon/ telefony:	(095)762 42 21							
identyfikator REGON	6105148							
Miejsce udzielania świadczeń 1*		**transport sanitarny ** **	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**
nazwa:	Ośrodek Rehabilitacyjno- Wypoczynkowy im. prof. Wiktora Degi w Gościmiu			X				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Drezdenko/66-530/Gościm 89							
telefon/ telefony	(095)762 42 21							
Data dodania do wykazu	04.11.2020r.							
Data wykreślenia z wykazu								

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 26		katalog realizowanych świadczeń						
nazwa:	Stowarzyszenie Zawodowe Ratowników Medycznych "MEDYK"							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Nowa Sól/67-100/Zielonogórska 14							
telefon/ telefony:	699 713 999							
identyfikator REGON	367581053							
Miejsce udzielania świadczeń 1*		**transport sanitarny ** **	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**

nazwa:	Stowarzyszenie Zawodowe Ratowników Medycznych "MEDYK"							S
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Otyń/67-106/ul. Dworcowa – Dworzec Kolejowy							
telefon/ telefony	699 713 999							
Data dodania do wykazu	04.11.2020r.							
Data wykreślenia z wykazu								

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 27		**katalog realizowanych świadczeń**						
nazwa:	Agamed Transport Medyczny							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Bydgoszcz/85-467 /Deszczowa 47							
telefon/ telefony:	508 152 940							
identyfikator REGON	91235519							
Miejsce udzielania świadczeń 1 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**
nazwa:	Agamed Transport Medyczny	**2**						
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Zielona Góra /65-046/Ul. Zyty 26 (teren szpitala)							
telefon/ telefony	508 152 940							
Data dodania do wykazu	05.11.2020r.							
Data wykreślenia z wykazu								

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 28		**katalog realizowanych świadczeń**						
nazwa:	DIAGNOSTYKA Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kraków/31-864/ul. Prof. M. Życzkowskiego 16							
telefon/ telefony:	693533460							
identyfikator REGON	356366975							
Miejsce udzielania świadczeń 1 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**
nazwa:	DIAGNOSTYKA Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością							S
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Zielona Góra/65/001/ul. Wrocławska (na pętli autobusowej)							
telefon/ telefony	693533460							
Data dodania do wykazu	12.11.2020r.							
Data wykreślenia z wykazu								

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 29		**katalog realizowanych świadczeń**						
nazwa:	Centrum Medyczne DORMED							
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Sulechów/66-100/Bankowa 1							
telefon/ telefony:	68 506 52 22							
identyfikator REGON	80296509							
Miejsce udzielania świadczeń 1 *		**transport sanitarny ****	**leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19**	**izolatorium**	**doraźne świadczenia stomatologiczne**	**test na obecność wirusa SARS-CoV-2**	**wstępna kwalifikacja typu pretriage**	**punkt pobrań**
nazwa:	Centrum Medyczne DORMED							S
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Sulechów/66-100/Bankowa 1							
telefon/ telefony	68 506 52 22							
Data dodania do wykazu	16.03.2021r.							
Data wykreślenia z wykazu								

* w odniesieniu do transportu sanitarnego rozumiane jako miejsce stacjonowania zespołu

** liczba zespołów w danym miejscu

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

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

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

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

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

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

Załącznik nr 1

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

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

Wykaz - Kwalifikacja do programu Domowa Opieka Medyczna

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

Wykaz podmiotów wykonujących działalność leczniczą realizujących szczepienia przeciw COVID-19

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 1		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	SZPITAL UNIWERSYTECKI IMIENIA KAROLA MARCINKOWSKIEGO W ZIELONEJ GÓRZE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ	X	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Zielona Góra/ 65-046/ ul. Zyty 26		
telefon/ telefony:	683296200		
identyfikator REGON	970773231		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Kliniczny Oddział Chorób Zakaźnych	**W**	**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Zielona Góra/ 65-046/ ul. Zyty 26		
telefon/ telefony	683296200 683296479		
Data dodania do wykazu	2020-12-23		2021-01-07
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	SZPITAL TYMCZASOWY - Izba Przyjęć		**2**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Zielona Góra/ 65-046/ ul. Zyty 26		
telefon/ telefony	683296686		
Data dodania do wykazu	2021-01-22		
Data wykreślenia z wykazu			

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 2		szczepienie personelu	szczepienie populacyjne
nazwa:	Wielospecjalistyczny Szpital Wojewódzki w Gorzowie Wlkp. spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	X	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Gorzów Wielkopolski/ 66-400/ ul. Walczaka 42		
telefon/ telefony:	957 331 222		
identyfikator REGON	211228381		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Przychodnie Specjalistyczne i Diagnostyka ul.Walczaka	**W**	**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Gorzów Wielkopolski/ 66-400/ ul. Walczaka 42		
telefon/ telefony	957 331 890		
Data dodania do wykazu	2020-12-23		2021-01-07
Data wykreślenia z wykazu			

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 3		szczepienie personelu	szczepienie populacyjne
nazwa:	105. Kresowy Szpital Wojskowy z Przychodnią Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej	X	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Żary/ 68-200/ ul. Domańskiego 2		
telefon/ telefony:	684707810		
identyfikator REGON	970327974		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia Lekarzy POZ	**W**	**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Żary/ 68-200/ ul. Domańskiego 2		
telefon/ telefony	684707810 684707868		
Data dodania do wykazu	2020-12-28		09.02.2021 r.
Data wykreślenia z wykazu			

Miejsce udzielania świadczeń 2		szczepienie personelu *	liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	105. Kresowy Szpital Wojskowy z Przychodnią Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej- bud. 23		2
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Żary/ 68-200/ ul. Domańskiego 2/budynek nr 23		
telefon/ telefony	731738000 684707868		
Data dodania do wykazu	21.04.2021 r.		
Data wykreślenia z wykazu			

Miejsce udzielania świadczeń 3		szczepienie personelu *	liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Punkt Szczepień Powszechnych - 105. Kresowy Szpital Wojskowy z Przychodnią SP ZOZ w Żarach - filia w Żaganiu		2
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Żagań.68-100/Żelazna 1a		
telefon/ telefony	684771202		
Data dodania do wykazu	22.04.2021 r.		
Data wykreślenia z wykazu			

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 4		szczepienie personelu	szczepienie populacyjne
nazwa:	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Sulechów/66-100/ul. Zwycięstwa 1		
telefon/ telefony:	797 606 252		
identyfikator REGON	000310396		

Miejsce udzielania świadczeń 1		szczepienie personelu *	liczba zespołów (w miejscu)

nazwa:	Gabinet Diagnostyczno - Zabiegowy	W	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Sulechów/66-100/ul. Zwycięstwa 1		
telefon/ telefony	797 606 252		
Data dodania do wykazu	2020-12-28		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 5		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Szpital Międzyrzecki Sp. z o.o.	X	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Międzyrzecz/66-300/Konstytucji 3 Maja 35		
telefon/ telefony:	95 742 83 00		
identyfikator REGON	210368418		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt Szczepień Powszechnych - Starostwo Powiatowe	W	2
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Międzyrzecz/66-300/Przemysłowa 2		
telefon/ telefony	504232398		
Data dodania do wykazu	28.12.2020/ 21.04.2021 r.		2021-01-15
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 6		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ SULĘCIN	X	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Sulęcin/69-200/Wincentego Witosa 7		
telefon/ telefony:	95 755 22 60		

identyfikator REGON	000300736		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Szpitalny oddział ratunkowy	**W**	**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Sulęcin/69-200/Wincentego Witosa 4		
telefon/ telefony	95 755 22 60, 957552431		
Data dodania do wykazu	2020-12-28		2021-03-26
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 7		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Wielospecjalistyczny Szpital w Nowej Soli		X
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Nowa Sól/67-100/Chałubińskiego 7		
telefon/ telefony:	68 388 21 00		
identyfikator REGON	970774733		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Szpitalny Oddział Ratunkowy	**W**	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Nowa Sól/67-100/Chałubińskiego 7		
telefon/ telefony	68 388 21 00		
Data dodania do wykazu	2020-12-28		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**

nazwa:	Poradnia Alergologiczna		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Nowa Sól/67-100/Chałubińskiego 1		
telefon/ telefony	68 388 21 64		
Data dodania do wykazu	2021-02-01		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 8		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	"Powiatowe Centrum Zdrowia" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	X	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Drezdenko/66-530/Piłsudskiego 8		
telefon/ telefony:	95 762 05 10		
identyfikator REGON	080396330		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Izba Przyjęć Szpitala	**W**	**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Drezdenko/66-530/Piłsudskiego 8		
telefon/ telefony	95 762 05 10		
Data dodania do wykazu	2020-12-28		2021-01-07
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	PORADNIA NOCNEJ I ŚWIĄTECZNEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ W STRZELCACH KRJ.		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Strzelce Krajeńskie/66-500/SŁOWACKIEGO 17		
telefon/ telefony	957620510 957632825		
Data dodania do wykazu	2021-01-07		

Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 9		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	ZACHODNIE CENTRUM MEDYCZNE		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KROSNO ODRZANSKIE/66-600/Piastów 3		
telefon/ telefony:	68 383 5328		
identyfikator REGON	366423412		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Izba Przyjęć	**W**	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KROSNO ODRZANSKIE/66-600/Piastów 3		
telefon/ telefony	683835328 684197900		
Data dodania do wykazu	2020-12-28		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt Szczepień Powszechnych - Hala widowiskowo-sportowa		**4**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KROSNO ODRZANSKIE/66-600/Kazimierza Pułaskiego 3		
telefon/ telefony	516453849; 517062735		
Data dodania do wykazu	21.04.2021 r.		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 3		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**

nazwa:	Punkt Szczepień Powszechnych - Europejskie Centrum Kształcenia Ustawicznego i Zawodowego		4
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Gubin/66-620/Pułaskiego 1		
telefon/ telefony	516453849; 517062735		
Data dodania do wykazu	21.04.2021 r.		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 10		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Szpital Na Wyspie Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	X	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŻARY/68-200/Pszenna 2		
telefon/ telefony:	68 475 76 00		
identyfikator REGON	977947094		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia Chirurgiczna	**W**	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŻARY/68-200/Pszenna 2		
telefon/ telefony	68 475 76 00		
Data dodania do wykazu	2020-12-28		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia Chirurgiczna		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŻARY/68-200/Skarbowa 2		
telefon/ telefony	68 470 36 92		

Data dodania do wykazu	2021-01-07		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 3		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt Szczepień Powszechnych - Pływalnia kryta		**3**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŻARY/68-200/Telemanna 1		
telefon/ telefony	533-306-898		
Data dodania do wykazu	19.04.2021 r.		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 11		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital im. prof.Z.Religi w Słubicach s. z o.o.		X
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Słubice/69-100/Nadodrzańska 6		
telefon/ telefony:	095 750 14 10		
identyfikator REGON	080445872		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	NZOZ Szpital im. Zbigniewa Religi w Słubicach (III piętro)	**W**	**2**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Słubice/69-100/Mickiewicza 6		
telefon/ telefony	095 750 14 10 503779805		
Data dodania do wykazu	2020-12-28		2021-01-07
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**

nazwa:	PRZYCHODNIA LEKARZA RODZINNEGO W RZEPINIE		2
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Rzepin/69-100/Słubicka 4		
telefon/ telefony	95 7582071 95 7596318		
Data dodania do wykazu	2021-01-07		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 12		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Nowy Szpital we Wschowie spółka z ograniczoną odpowiedzialnoscią		X
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Wschowa/67-400/ks. Kostki 33		
telefon/ telefony:	412 401 400		
identyfikator REGON	320233950		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Izba Przyjęć Szpitala	**W**	**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Wschowa/67-400/ks. Kostki 33		
telefon/ telefony	412401400 735488981		
Data dodania do wykazu	2020-12-28		2021-01-07
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt Szczepień Powszechnych - I Zespół Szkół we Wschowie		**5**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Wschowa/67-400/Kościuszki 11		
telefon/ telefony	735486981 662376878		
Data dodania do wykazu	19.04.2021 r.		

Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 13		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital im.dr nauk medycznych Radzimira Śmigielskiego sp. z o. o.		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Skwierzyna/66-440/Szpitalna 5		X
telefon/ telefony:	95 717 00 39		
identyfikator REGON	211184206		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Gabinet Lekarza POZ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Skwierzyna/66-440/Szpitalna 5	**W**	**1**
telefon/ telefony	95 717 00 39		
Data dodania do wykazu	2020-12-28		2021-01-07
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Gabinet Lekarza POZ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Lipki Wielkie/66-431/Szosowa 107		**1**
telefon/ telefony	95 731 23 70		
Data dodania do wykazu	2021-01-05		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 3		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Gabinet Lekarza POZ		

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Przytoczna/66-340/Główna 1A		1
telefon/ telefony	95 749 32 85		
Data dodania do wykazu	03.02.2021 r.		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 14		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Nowy Szpital w Kostrzynie nad Odrą Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kostrzyn nad Odrą/66-470/Gabriela Narutowicza 6		X
telefon/ telefony:	412 401 800		
identyfikator REGON	080188702		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Gabinet nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kostrzyn nad Odrą/66-470/Gabriela Narutowicza 6	**W**	**1**
telefon/ telefony	412401858		
Data dodania do wykazu	2020-12-28		03.02.2021 r.
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt Szczepień Powszechnych - Kostrzyńskie Centrum Kultury Kręgielnia		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kostrzyn nad Odrą/66-470/Fabryczna 5		**1**
telefon/ telefony	412401925		
Data dodania do wykazu	23.04.2021 r.		
Data wykreślenia z wykazu			

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 15		szczepienie personelu	szczepienie populacyjne
nazwa:	Nowy Szpital w Świebodzinie Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŚWIEBODZIN/66-200/Młyńska 6		X
telefon/ telefony:	412 402 100		
identyfikator REGON	320425542		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Oddział Położniczo-Ginekologiczny	**W**	**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŚWIEBODZIN/66-200/Młyńska 6		
telefon/ telefony	412402100; 515177000		
Data dodania do wykazu	2020-12-28		2021-02-01
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt Szczepień Powszechnych - Ośrodek Szkolno-Wychowawczy		**4**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	ŚWIEBODZIN/66-200/Żaków 1		
telefon/ telefony	512 143 832		
Data dodania do wykazu	20.04.2021 r.		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 16		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Nowy Szpital w Szprotawie Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością		

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Szprotawa/67-300/Henrykowska 1	X	
telefon/ telefony:	412 402 311		
identyfikator REGON	320592406		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Gabinet nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej	**W**	**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Szprotawa/67-300/Henrykowska 1		
telefon/ telefony	515 079 185		
Data dodania do wykazu	2020-12-28		2021-01-07
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 17		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Lubuskie Centrum Ortopedii im. dr. Lecha Wierusza Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Świebodzin/66-200/Zamkowa 1		
telefon/ telefony:	68 475 06 30		
identyfikator REGON	000290630		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Gabinet zabiegowy	**W**	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Świebodzin/66-200/Zamkowa 1		
telefon/ telefony	68 475 06 30		
Data dodania do wykazu	2020-12-28		
Data wykreślenia z wykazu			

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 18		szczepienie personelu	szczepienie populacyjne
nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MINISTERSTWA SPRAW WEWNĘTRZNYCH I ADMINISTRACJI W ZIElONEJ GÓRZE		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Zielona Góra/ 65-044/ul. Wazów 42		X
telefon/ telefony:	68 452 77 00		
identyfikator REGON	970748470		

Miejsce udzielania świadczeń 1		szczepienie personelu *	liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Poradnia Medycyny pracy	W	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Zielona Góra/ 65-044/ul. Wazów 42		
telefon/ telefony	68 452 77 00		
Data dodania do wykazu	2020-12-28		
Data wykreślenia z wykazu			

Miejsce udzielania świadczeń 2		szczepienie personelu *	liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Punkt Szczepień POZ		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Zielona Góra/ 65-044/ul. Wazów 42		
telefon/ telefony	684527786		
Data dodania do wykazu	2021-01-07		
Data wykreślenia z wykazu			

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 19		szczepienie personelu	szczepienie populacyjne
nazwa:	Samodzielny Publiczny Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Międzyrzeczu		

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Międzyrzecz/ 66-300/ul. Poznańska 109		
telefon/ telefony:	95 742 87 56		
identyfikator REGON	000290133		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia Neurologiczna	**P**	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Międzyrzecz/ 66-300/ul. Poznańska 109		
telefon/ telefony	95 742 87 56		
Data dodania do wykazu	2020-12-31		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 20		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny dla Nerwowo i Psychicznie Chorych SPZOZ w Ciborzu		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Skąpe/66-213/Cibórz 5		X
telefon/ telefony:	68 341 94 55		
identyfikator REGON	000292793		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Izba Przyjęć	**P**	**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Skąpe/66-213/Cibórz 5		
telefon/ telefony	683419455 683419450 wewn. 234		
Data dodania do wykazu	2020-12-31		03.02.2021 r.
Data wykreślenia z wykazu			

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 21		szczepienie personelu	szczepienie populacyjne
nazwa:	Lubuski Szpital Specjalistyczny Pulmonologiczno-Kardiologiczny w Torzymiu Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Torzym/ 66-235/ ul. Wojska Polskiego 52		
telefon/ telefony:	68 34 16 300		
identyfikator REGON	080467187		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Poradnia Gruzlicy i Chorób Płuc	**P**	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Torzym/ 66-235/ ul. Wojska Polskiego 52		
telefon/ telefony	68 34 16 300		
Data dodania do wykazu	2020-12-31		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 22		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ-TERAPIA-DUBIEŃSKI,KOWALSKI,KUFKA-LEKARZE - SPÓŁKA PARTNERSKA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Krosno Odrzańskie/66-600/Srebrna Góra 1E		X
telefon/ telefony:	601 325 200/782 120 251		
identyfikator REGON	97800560300020		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "TERAPIA"		

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Krosno Odrzańskie/66-600/Srebrna Góra 1E		1
telefon/ telefony	68 383 06 06		
Data dodania do wykazu	2020-12-31		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 23		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ S.C. PORADNIA LEKARZA RODZINNEGO GRAŻYNA KURZAWSKA-PISZCZEK, PIOTR KURZAWSKI-PISZCZEK		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Świebodzin/66-200/Matejki 1		X
telefon/ telefony:	68 382 39 45		
identyfikator REGON	8124206500020		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ S.C. PORADNIA LEKARZA RODZINNEGO GRAŻYNA KURZAWSKA-PISZCZEK, PIOTR KURZAWSKI-PISZCZEK		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Świebodzin/66-200/Matejki 1		1
telefon/ telefony	68 382 39 45		
Data dodania do wykazu	2020-12-31		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 24		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	PRZYCHODNIA LEKARSKA BETIUK I KWIATKOWSCY SPÓŁKA PARTNERSKA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Nowe Miasteczko/67-124/Kopernika 2		X
telefon/ telefony:	691 889 744		

identyfikator REGON	8108125400028		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Przychodnia Lekarska Betiuk i Kwiatkowscy		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Nowe Miasteczko/67-124/Kopernika 2		
telefon/ telefony	68 388 82 35		
Data dodania do wykazu	2020-12-31		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 25		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	PRZYCHODNIA PRIMA FAMILIA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		X
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Gorzów Wielkopolski/66-400/Bohaterów Westerplatte 37		
telefon/ telefony:	570 930 061		
identyfikator REGON	38235866500018		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	PRZYCHODNIA PRIMA FAMILIA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		**2**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Gorzów Wielkopolski/66-400/Bohaterów Westerplatte 37		
telefon/ telefony	570 930 061		
Data dodania do wykazu	2020-12-31		
Data wykreślenia z wykazu			

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 26		szczepienie personelu	szczepienie populacyjne
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁD OPIEKI ZDROWOTNEJ ZESPÓŁ LEKARZY RODZINNYCH S.C. B.JANECZKO, A.TRUDNOWSKA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Świebodzin/66-200/Matejki 1/3		X
telefon/ telefony:	605 205 199		
identyfikator REGON	97123738000021		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Zespół Lekarzy Rodzinnych Vita		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Świebodzin/66-200/Matejki 1/3		**2**
telefon/ telefony	68 475 28 11 68 382 9 840		
Data dodania do wykazu	2020-12-31		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 27		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ ZESPÓŁ LEKARZA RODZINNEGO "WIGOR" S.C.		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Zielona Góra/65-001/Szafrana 8		X
telefon/ telefony:	508 200 102		
identyfikator REGON	97122219000045		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Zespół Lekarza Rodzinnego "WIGOR" s.c.		

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Zielona Góra/65-001/Szafrana 8		1
telefon/ telefony	68 328 24 41		
Data dodania do wykazu	2020-12-31		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 28		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej ALI-MED - Alina Bryłka-Dziurawiec		X
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Przytoczna/66-340/Główna 1A		
telefon/ telefony:	502 566 760		
identyfikator REGON	21041486800024		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej ALI-MED - Alina Bryłka-Dziurawiec		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Przytoczna/66-340/Główna 1A		
telefon/ telefony	95 749 30 40		
Data dodania do wykazu	2020-12-31		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 29		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Lekarska "Gronów" Jerzy Stelmach		X
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Gronów/66-615/Główna 2E		
telefon/ telefony:	607 379 331		
identyfikator REGON	97125288200023		

Miejsce udzielania świadczeń 1		szczepienie personelu *	liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Lekarska "Gronów" Jerzy Stelmach		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Gronów/66-615/Główna 2E		
telefon/ telefony	68 383 21 92		
Data dodania do wykazu	2020-12-31		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 30		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Praktyka Lekarza Rodzinnego - Grzegorz Wiśniewski		X
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Tuplice/68-219/Parkowa 3		
telefon/ telefony:	68 375 71 17		
identyfikator REGON	97069485600024		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Praktyka Lekarza Rodzinnego - Grzegorz Wiśniewski		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Tuplice/68-219/Parkowa 3		
telefon/ telefony	68 375 71 17		
Data dodania do wykazu	2020-12-31		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 31		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**

nazwa:	Wiesław Łukasik Zakład Opieki Zdrowotnej Lekarza Rodzinnego	X	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Szlichtyngowa/67-407/Dworcowa 6		
telefon/ telefony:	663 736 667		
identyfikator REGON	41018000000052		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Zakład Opieki Zdrowotnej Lekarza Rodzinnego		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Szlichtyngowa/67-407/Dworcowa 6		
telefon/ telefony	65 549 23 18		
Data dodania do wykazu	2020-12-31		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 32		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	MIEJSKI NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "OSIEDLE STASZICA" ZESPOŁOWA PRAKTYKA LEKARSKA S.C. ELŻBIETA BABISZKIEWICZ, GRZEGORZ KUSIAK, ELŻBIETA PŁONKA, ILONA SROKA, MELANIA SUSZEK, JANINA TUMIŁOWICZ	X	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Gorzów Wielkopolski/66-400/Krzysztofa Kamila Baczyńskiego 24		
telefon/ telefony:	605 473 996		
identyfikator REGON	21060552200036		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Przychodnia Lekarska "Osiedle Staszica"		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Gorzów Wielkopolski/66-400/Krzysztofa Kamila Baczyńskiego 24		

telefon/ telefony	502 282 977		
Data dodania do wykazu	2020-12-31		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 33		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ ZATORZE s.c. B. Jernajczyk, E. Bieńkowska, J. Jernajczyk, T. Lewandowska		X
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Nowa Sól/67-100/Wojska Polskiego 43		
telefon/ telefony:	603 635 562		
identyfikator REGON	97075190400026		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej " ZATORZE " spółka cywilna		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Nowa Sól/67-100/Wojska Polskiego 43		
telefon/ telefony	68 387 79 73		
Data dodania do wykazu	2020-12-31		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 34		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Gminny Ośrodek Zdrowia Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej		X
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Babimost/66-110/Gagarina 18		
telefon/ telefony:	667 128 149		

identyfikator REGON	97077940000028		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Gminny Ośrodek Zdrowia SP ZOZ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Babimost/66-110/Gagarina 18		**1**
telefon/ telefony	68 351 20 24		
Data dodania do wykazu	2020-12-31		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 35		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PRZYCHODNIA LEKARSKA"PRIMUM"S.C.		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KOŻUCHÓW/67-120/ZACISZE 4		X
telefon/ telefony:	68 355 20 05		
identyfikator REGON	97074999400026		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Lekarska " PRIMUM " s.c.		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KOŻUCHÓW/67-120/ZACISZE 4		**1**
telefon/ telefony	68 355 20 05		
Data dodania do wykazu	2021-01-07		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 36		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**

nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ - PRZYCHODNIA MEDYCYNY RODZINNEJ "MEDICUS" SPÓŁKA CYWILNA - RYSZARD ILIASZEWICZ,BEATA ILIASZEWICZ	X	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WITNICA/66-460/PIASKOWA 4		
telefon/ telefony:	957 516 960		
identyfikator REGON	21061426000021		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	NZOZ PMR MEDICUS S.C		**2**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	WITNICA/66-460/PIASKOWA 4		
telefon/ telefony	957 516 960		
Data dodania do wykazu	2021-01-07		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 37		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	N.Z.O.Z. Praktyka Lekarza Rodzinnego Damian Popa	X	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łagów/66-220/Toporowska 11		
telefon/ telefony:	68 341 20 32		
identyfikator REGON	97007286000020		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Praktyka Lekarza Rodzinnego - lek. med. Damian Popa		

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łagów/66-220/Toporowska 11		1
telefon/ telefony	68 341 20 32		
Data dodania do wykazu	2021-01-07		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 38		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Lekarska "Arka-Med" s.c. Anna Dusza, Zbigniew Dusza		X
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kożuchów/ 67-120/Obywatelska 5		
telefon/ telefony:	683 552 004		
identyfikator REGON	97810870500027		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Lekarska "ARKA-MED"s.c.		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kożuchów/ 67-120/Obywatelska 5		
telefon/ telefony	683 552 004		
Data dodania do wykazu	2021-01-07		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 39		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	USŁUGI MEDYCZNE MONIKA LIPNICKA		X
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Drezdenko/66-530/Moniuszki 6/3		

telefon/ telefony:	501 861 040		
identyfikator REGON	211035848		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	OŚRODEK ZDROWIA W DOBIEGNIEWIE		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	DOBIEGNIEW/66-520/MICKIEWICZA 3		
telefon/ telefony	957 611 907		
Data dodania do wykazu	2021-01-07		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	OŚRODEK ZDROWIA W STARYM KUROWIE		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	STARE KUROWO/66-542/KOŚCIELNA 29		
telefon/ telefony	957 615 013		
Data dodania do wykazu	2021-01-07		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 40		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	PRZYCHODNIA RODZINNA "REMEDIUM" S.C. KRZYSZTOF MOCZULSKI,DOROTA MOCZULSKA,KATARZYNA RATAJCZAK		X
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kostrzyn nad Odrą/66-470/Jagiellońska 2		
telefon/ telefony:	957 289 967		
identyfikator REGON	8040974100027		

Miejsce udzielania świadczeń 1		szczepienie personelu *	liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Przychodnia Rodzinna "REMEDIUM"		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kostrzyn nad Odrą/66-470/Jagiellońska 2		
telefon/ telefony	957 289 967		
Data dodania do wykazu	2021-01-07		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 41		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	CENTRUM MEDYCZNE HUBERT SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		X
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Wschowa/67-400/Cicha 7		
telefon/ telefony:	655 408 180		
identyfikator REGON	30252289700028		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	CENTRUM MEDYCZNE HUBERT SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Wschowa/67-400/Cicha 7		
telefon/ telefony	655 408 180		
Data dodania do wykazu	2021-01-07		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 42		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**

nazwa:	PORADNIA MEDYCYNY RODZINNEJ BARBARA KMIEĆKOWIAK-WOLSKA	X	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Zielona Góra/65-001/Chopina 21		
telefon/ telefony:	683 221 072		
identyfikator REGON	97062737000037		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	PORADNIA MEDYCYNY RODZINNEJ BARBARA KMIEĆKOWIAK-WOLSKA		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Zielona Góra/65-001/Chopina 21		
telefon/ telefony	683 221 072		
Data dodania do wykazu	2021-01-07		
Data wykreślenia z wykazu	28.04.2021 r.		
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 43		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	NZOZ PRAKTYKA LEKARZA RODZINNEGO BOGUSŁAWA HUCKO	X	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	NOWE MIASTECZKO/67-124/SZKOLNA 1		
telefon/ telefony:	683 888 102		
identyfikator REGON	97060848900026		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	NZOZ PRAKTYKA LEKARZA RODZINNEGO BOGUSŁAWA HUCKO		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	NOWE MIASTECZKO/67-124/SZKOLNA 1		
telefon/ telefony	683 888 102		

Data dodania do wykazu	2021-01-07		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Ars Medica Bis		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Nowa Sól/67-100/1 Maja 30		
telefon/ telefony	68 388 81 02		
Data dodania do wykazu	2021-02-12		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 44		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Władysław Barski		X
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kępsko/66-200/Kępsko 33		
telefon/ telefony:	683 811 828		
identyfikator REGON	970066410		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Praktyka Lekarza Rodzinnego Skąpe Władysław Barski		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SKĄPE/66-213/SKĄPE 37d		
telefon/ telefony	683 419 234		
Data dodania do wykazu	2021-01-07		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 45		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**

nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ ZESPÓŁ LEKARZY RODZINNYCH "FAMILIA" S.C. EWA TWARDOWSKA,ZOFIA HASIK,IRENA ŁUCZAK,MAREK TWARDOWSKI	X	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Nowa Sól/67-100/Grobla 14		
telefon/ telefony:	683 873 777		
identyfikator REGON	970753263		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Zespół Lekarzy Rodzinnych "Familia" s.c. E. Twardowska, Z. Hasik, I. Łuczak, M. Twardowski		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Nowa Sól/67-100/Grobla 14		
telefon/ telefony	683 873 777		
Data dodania do wykazu	2021-01-07		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ ZESPÓŁ LEKARZY RODZINNYCH "FAMILIA"S.C. FILIA ZAKŁADU E.TWARDOWSKA,Z.HASIK,I.ŁUCZAK,M.TWARDOWSKI		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Nowa Sól/67-100/Piaskowa 1		
telefon/ telefony	683 873 032		
Data dodania do wykazu	2021-01-07		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 46		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**

nazwa:	LLP SPÓŁKA CYWILNA BARTOSZ LELITO, JAKUB LELITO		X
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Sulechów/66-100/Krańcowa 2a		
telefon/ telefony:	683 817 071		
identyfikator REGON	381022354		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	LLP SPÓŁKA CYWILNA BARTOSZ LELITO, JAKUB LELITO		**2**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Sulechów/66-100/Krańcowa 2a		
telefon/ telefony	665066256 887199919		
Data dodania do wykazu	2021-01-07		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	LLP SPÓŁKA CYWILNA BARTOSZ LELITO, JAKUB LELITO		**2**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Zbąszynek/66-210/Długa 1		
telefon/ telefony	665066256 887199919		
Data dodania do wykazu	2021-01-07		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 3		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	LLP SPÓŁKA CYWILNA BARTOSZ LELITO, JAKUB LELITO		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kolsko/67-415/Krótka 2		
telefon/ telefony	665066256 887199919		

Data dodania do wykazu	2021-01-07		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 4		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Centrum Medyczne Topmed Filia Babimost		**2**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Babimost/66-110/Wolsztyńska 30		
telefon/ telefony	887199919		
Data dodania do wykazu	05.02.2021 r.		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 5		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Szkoła - Gabinet Pielęgniarski		**2**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Pomorsko/66-105/Bolesława Chrobrego 51		
telefon/ telefony	887199919		
Data dodania do wykazu	24.03.2021 r.		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 6		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Gminna Sala Sportowa		**3**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Trzebiechów/66-132/Sulechowska 2		
telefon/ telefony	71 381 70 71		
Data dodania do wykazu	06.05.2021 r.		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 47		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**

nazwa:	Teresa Janina Piasecka		X
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KARGOWA/66-120/KOŚCIELNA 4A		
telefon/ telefony:	68 35 25 521; 68 35 25 295		
identyfikator REGON	970579144		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Praktyka Lekarza Rodzinnego Teresa Piasecka		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	KARGOWA/66-120/KOŚCIELNA 4A		
telefon/ telefony	68 352 55 21		
Data dodania do wykazu	2021-01-07		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 48		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	AURIS SPÓŁKA JAWNA IZABELA LANGE PAWEŁ LANGE		X
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Świebodzin/ 66-200/ Wałowa 14C		
telefon/ telefony:	684 763 550		
identyfikator REGON	971229417		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	PORADNIA LEKARZA POZ FILIA SZCZANIEC		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SZCZANIEC/66-225/SPACEROWA 2A		
telefon/ telefony	68 3410219 68 4763550		

Data dodania do wykazu	2021-01-07		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 49		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	SPÓŁKA LEKARSKA "SKARBOWA" T.KREMER I WSPÓLNICY SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ SPÓŁKA JAWNA		X
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Zielona Góra/65-032/Chopina 21		
telefon/ telefony:	68 320 21 46		
identyfikator REGON	97123359000024		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Spółka Lekarska " SKARBOWA " T.Kremer i Wspólnicy		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Zielona Góra/65-032/Chopina 21		
telefon/ telefony	68 320 21 46		
Data dodania do wykazu	2021-01-07		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 50		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	MEDYK MAŁGORZATA I MICHAŁ PRZEMYSCY SPÓŁKA JAWNA		X
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Górzyca/69-113/Kostrzyńska 15		
telefon/ telefony:	607 811 826		
identyfikator REGON	8006819700029		

Miejsce udzielania świadczeń 1		szczepienie personelu *	liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	MEDYK MAŁGORZATA I MICHAŁ PRZEMYSCY SPÓŁKA JAWNA		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Górzyca/69-113/Kostrzyńska 15		
telefon/ telefony	95 759 12 96		
Data dodania do wykazu	2021-01-07		
Data wykreślenia z wykazu			

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 51		szczepienie personelu	szczepienie populacyjne
nazwa:	Krzysztof Radkiewicz		X
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Zielona Góra/65-780/Agrestowa 87		
telefon/ telefony:	601 76 16 15		
identyfikator REGON	970149580		

Miejsce udzielania świadczeń 1		szczepienie personelu *	liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Gabinety Lekarskie ZACISZE NZOZ Filia Kożuchów		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kożuchów/67-120/ Szprotawska 21		
telefon/ telefony	68 355 20 06		
Data dodania do wykazu	2021-01-07		
Data wykreślenia z wykazu			

Miejsce udzielania świadczeń 2		szczepienie personelu *	liczba zespołów (w miejscu)

nazwa:	Gabinety Lekarskie Zacisze NZOZ		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Zielona Góra/65-780/Agrestowa 87		
telefon/ telefony	683 235 531		
Data dodania do wykazu	2021-01-15		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 52		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	ALMED ANDRZEJ MARCINIAK		X
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kostrzyn nad Odrą/66-470/Żeglarska 1		
telefon/ telefony:	600 037 850		
identyfikator REGON	21020673300044		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	ALMED ANDRZEJ MARCINIAK		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kostrzyn nad Odrą/66-470/Żeglarska 1		
telefon/ telefony	95 752 04 45		
Data dodania do wykazu	2021-01-07		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 53		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	NZOZ Rodzinne Centrum Medyczne		X
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Bytom Odrzański/67-115/Mickiewicza 1		
telefon/ telefony:	603 110 869		

identyfikator REGON	97062445900032		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Rodzinne Centrum Medyczne" Lila Korczak-Fedyna		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Bytom Odrzański/67-115/Mickiewicza 1		
telefon/ telefony	68 388 40 35		
Data dodania do wykazu	2021-01-07		
Data wykreślenia z wykazu	23.03.2021 r.		
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 54		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Janusz Ryszard Jankowski		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Lubniewice/69-210/Osadników Wojskowych 13		X
telefon/ telefony:	533 933 877		
identyfikator REGON	21014427400055		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Praktyka Lekarza Rodzinnego SANVITA		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Lubniewice/69-210/Osadników Wojskowych 13		
telefon/ telefony	95 755 81 69		
Data dodania do wykazu	2021-01-07		
Data wykreślenia z wykazu			

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 55		szczepienie personelu	szczepienie populacyjne
nazwa:	Janina Joachimiak		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Deszczno/66-446/Lubuska 109		X
telefon/ telefony:	95 75 13 129		
identyfikator REGON	210166962		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Lekarza Rodzinnego Lek. med. Janina Joachimiak		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Deszczno/66-446/Lubuska 109		**1**
telefon/ telefony	95 75 13 129		
Data dodania do wykazu	2021-01-07		
Data wykreślenia z wykazu	23.03.2021 r.		
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 56		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	GALMED GAPIŃSKA ZAWADZKA WYSOCKA-PROŃCZUK ANUSEWICZ LEKARSKA SPÓŁKA PARTNERSKA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Słubice/69-100/Mickiewicza 6		X
telefon/ telefony:	609 508 891		
identyfikator REGON	21100428500024		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**

nazwa:	Przychodnia Lekarska "Galmed"		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Słubice/69-100/Mickiewicza 6		
telefon/ telefony	95 758 20 30 / 95 758 82 44		
Data dodania do wykazu	2021-01-07		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 57		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Iwona Wojtkowiak		X
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Gorzów Wielkopolski/66-400/Władysława Grabskiego 13 lok 2		
telefon/ telefony:	693 334 890		
identyfikator REGON	21126997700027		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Iwona Wojtkowiak Lekarz Rodzinny		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Gorzów Wielkopolski/66-400/Władysława Grabskiego 13 lok 2		
telefon/ telefony	693 334 890 / 95 749 80 84		
Data dodania do wykazu	2021-01-07		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 58		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Piotr Ryszard Adamski		X
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Pszczew/66-330/Strażacka 4a		
telefon/ telefony:	695 668 755		

identyfikator REGON	21008442500023		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Piotr Ryszard Adamski		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Pszczew/66-330/Strażacka 4a		
telefon/ telefony	601 669 209		
Data dodania do wykazu	2021-01-07		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 59		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Czesława Janiak		X
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Zielona Góra/65-536/Wyszyńskiego 99		
telefon/ telefony:	785 097 070		
identyfikator REGON	97075090000026		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	PORADNIA LEKARZA RODZINNEGO Czesława Janiak		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Zielona Góra/65-536/Wyszyńskiego 99		
telefon/ telefony	68 452 19 45		
Data dodania do wykazu	2021-01-07		
Data wykreślenia z wykazu	28.04.2021 r.		
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 60		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**

nazwa:	ZESPÓŁ LEKARZY RODZINNYCH ESKULAP A.GRALIŃSKA-KANIA, G.KANIA, W.POPADIUK SPÓŁKA JAWNA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Sława/67-410/Parkowa 11c		X
telefon/ telefony:	505 074 483		
identyfikator REGON	97075196200039		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Zespół Lekarzy Rodzinnych Eskulap Sława		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Sława/67-410/Parkowa 11c		
telefon/ telefony	683 566 426		
Data dodania do wykazu	2021-01-07		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 61		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	PRAKTYKA LEKARZA RODZINNEGO "HIPOKRATES" S.C. ADRIANA TOŁKACZ, ARTUR TOŁKACZ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Żagań/68-100/Kopernika 3A		X
telefon/ telefony:	600 822 553		
identyfikator REGON	970749497		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	PRAKTYKA LEKARZA RODZINNEGO "HIPOKRATES" S.C. ADRIANA TOŁKACZ, ARTUR TOŁKACZ		

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Żagań/68-100/Kopernika 3A		2
telefon/ telefony	68 477 69 30		
Data dodania do wykazu	2021-01-07		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 62		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "BĄBLIŃSKI" Przychodnia Lekarza Rodzinnego DARIUSZ BĄBLIŃSKI		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Gorzów Wlkp./66-400/Londyńska 5		X
telefon/ telefony:	516 129 330		
identyfikator REGON	21104538000014		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "BĄBLIŃSKI" - Przychodnia Lekarza Rodzinnego		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Gorzów Wlkp./66-400/Londyńska 5		**1**
telefon/ telefony	518558220; 516129330		
Data dodania do wykazu	2021-01-07		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 63		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	ANMA-MED SC ANETA ZIOPAJA, MAŁGORZATA PAWELSKA-WENDA		

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Krzyż Wielkopolski/64-761/Adama Mickiewicza 62	X	
telefon/ telefony:	668 279 541		
identyfikator REGON	302105780		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	ANMA-MED.		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Drezdenko/66-530/Sienkiewicza 3a		
telefon/ telefony	533 873 525		
Data dodania do wykazu	07.01.2021 r.		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 64		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	PRZYCHODNIA" Spółka z Ograniczoną Odpowiedzialnością	X	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Skwierzyna/66-440/Szpitalna5		
telefon/ telefony:	957 172 733		
identyfikator REGON	210965433		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	PRZYCHODNIA" Spółka z Ograniczoną Odpowiedzialnością		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Skwierzyna/66-440/Szpitalna5		

telefon/ telefony	957 172 733		
Data dodania do wykazu	07.01.2021 r.		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 65		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	CENTRUM MEDYCZNE VITA Dariusz Kliszcz		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Trzciel/66-320/Grunwaldzka7		X
telefon/ telefony:	605 930 000		
identyfikator REGON	970675416		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	CENTRUM MEDYCZNE VITA Dariusz Kliszcz		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Trzciel/66-320/Grunwaldzka7		**1**
telefon/ telefony	605 930 000		
Data dodania do wykazu	07.01.2021 r.		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 66		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Spółka Cywilna "Przychodnia Rodzinna" Dorota Ziętal, Artur Ziętal		

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Myślibórz/74-300/Kościelna15	X	
telefon/ telefony:	957 470 250		
identyfikator REGON	812346879		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "PRZYCHODNIA RODZINNA" S.C. Filia w Ściechowie		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Ściechów/66-433/Ściechów 30		
telefon/ telefony	667 910 250		
Data dodania do wykazu	07.01.2021 r.		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 67		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Tadeusz WŁODARCZYK NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "TAD MED" PODSTAWOWA OPIEKA ZDROWOTNA	X	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Wymiarki/68-131/Księcia Witolda 5		
telefon/ telefony:	68 360 40 27		
identyfikator REGON	971181449		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "TAD MED" PODSTAWOWA OPIEKA ZDROWOTNA		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Wymiarki/68-131/Księcia Witolda 5		

telefon/ telefony	68 360 40 27		
Data dodania do wykazu	07.01.2021 r.		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "TAD-MED" Podstawowa Opieka Zdrowotna Filia Mirostowice Dolne		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Mirostowice Dolne/68-200/Plac Kościelny 19		
telefon/ telefony	683 743 082		
Data dodania do wykazu	07.01.2021 r.		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 3		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "TAD-MED" Podstawowa Opieka Zdrowotna Filia Kunice		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Żary-Kunice/68-200/Sikorskiego22		
telefon/ telefony	683 638 981		
Data dodania do wykazu	07.01.2021 r.		
Data wykreślenia z wykazu	23.03.2021 r.		
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 68		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	STOWARZYSZENIE "OTWARTE SERCA"		X
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Brzezie k. Sulechowa/66-100/Czapskiego 2		
telefon/ telefony:	683 853 557		
identyfikator REGON	80219897		

Miejsce udzielania świadczeń 1		szczepienie personelu *	liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Centrum Medyczne		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Sulechów/66-100/Niepodległości 15		
telefon/ telefony	683 854 040		
Data dodania do wykazu	07.01.2021 r.		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 69		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	"Stom-Med" s.c. Roman Walczak, Jolanta Szulc-Walczak		X
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Gorzów Wlkp./66-400/Chopina 18		
telefon/ telefony:	957 835 501		
identyfikator REGON	211193754		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Przychodnia Medycyny Rodzinnej i Medycyny Pracy "Stom-Med" s.c.		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Gorzów Wlkp./66-400/Walczaka 12c		
telefon/ telefony	957 835 501		
Data dodania do wykazu	07.01.2021 r.		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 70		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**

nazwa:	Ewa Rutkowska		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Zielona Góra/65-056/Jana Matejki 10	X	
telefon/ telefony:	683 523 338		
identyfikator REGON	015616436		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Lekarska DERMED		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Bojadła/66-130/Słoneczna 1		**1**
telefon/ telefony	683 523 338		
Data dodania do wykazu	07.01.2021 r.		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 71		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Jadwiga Lebioda		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kłodawa/66-415/Kościelna 9	X	
telefon/ telefony:	662 086 705		
identyfikator REGON	210327320		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	PRZYCHODNIA LEKARZA RODZINNEGO JADWIGA LEBIODA		

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kłodawa/66-415/Kościelna 9		1
telefon/ telefony	95 731 10 71		
Data dodania do wykazu	2021-01-07		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 72		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Małgorzata Stefania Jodlińska-Puziuk		X
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Ośno Lubuskie/69-220/Rybacka 3A		
telefon/ telefony:	781 985 682		
identyfikator REGON	210962104		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	PRZYCHODNIA RODZINNA „CERTUS" MAŁGORZATA JODLIŃSKA-PUZIUK		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Ośno Lubuskie/69-220/Rybacka 3A		
telefon/ telefony	95 757 60 36		
Data dodania do wykazu	2021-01-07		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 73		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Mieczysław Skrendo		

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Zielona Góra/65-032/Chopina 21	X	
telefon/ telefony:	68 322 10 70		
identyfikator REGON	970269113		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PORADNIA LEKARZA RODZINNEGO MIECZYSŁAW SKRENDO		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Zielona Góra/65-032/Chopina 21		
telefon/ telefony	68 322 10 70		
Data dodania do wykazu	2021-01-07		
Data wykreślenia z wykazu	2021-01-15		
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 74		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	ELŻBIETA GLINIAK	X	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	IŁOWA/68-120/SURZYNA 5		
telefon/ telefony:	606 752 335		
identyfikator REGON	970066982		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	ZDROWIE ELŻBIETA GLINIAK		**1**

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	IŁOWA/68-120/SURZYNA 5		1
telefon/ telefony	68 377 42 58		
Data dodania do wykazu	2021-01-07		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 75		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "ESKULAP" S.C. KRYSTYNA I PIOTR WOJKOWSCY		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Witnica/66-460/Piaskowa 4		X
telefon/ telefony:	608 476 263		
identyfikator REGON	364855805		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	ESKULAP S.C. Krystyna i Piotr Wojkowscy		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Witnica/66-460/Piaskowa 4		1
telefon/ telefony	95 751 40 86		
Data dodania do wykazu	2021-01-07		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 76		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Praktyka Lekarza Rodzinnego Monika Kieża		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Małomice/67-320/Jana Pawła II 34		X

telefon/ telefony:	512 072 597		
identyfikator REGON	970488068		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Praktyka Lekarza Rodzinnego Monika Kieża		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Małomice/67-320/Jana Pawła II 34		
telefon/ telefony	512 072 597		
Data dodania do wykazu	2021-01-07		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 77		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Praktyka Lekarza Rodzinnego Edward Esmund		X
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Małomice/67-320/Jana Pawła II 34		
telefon/ telefony:	509 922 344		
identyfikator REGON	970606705		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Praktyka Lekarza Rodzinnego Edward Esmund		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Małomice/67-320/Jana Pawła II 34		
telefon/ telefony	509 922 344		
Data dodania do wykazu	2021-01-07		
Data wykreślenia z wykazu			

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 78		szczepienie personelu	szczepienie populacyjne
nazwa:	PRYWATNA PRAKTYKA LEKARZA RODZINNEGO Lucyna Wejknis		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Szprotawa/67-300/Kolejowa 1		X
telefon/ telefony:	503 3672 62		
identyfikator REGON	630305230		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	PRYWATNA PRAKTYKA LEKARZA RODZINNEGO Lucyna Wejknis		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Szprotawa/67-300/Kolejowa 1		**1**
telefon/ telefony	68 376 55 53		
Data dodania do wykazu	2021-01-07		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 79		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Katarzyna Błażejewska-Kunefał		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Zielona Góra/66-002/Stary Kisielin-Pionierów Lubuskich 75		X
telefon/ telefony:	503 850 806		
identyfikator REGON	80263987		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**

nazwa:	CENTRUM MEDYCZNE KISIELIN		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Zielona Góra/66-002/Stary Kisielin-Pionierów Lubuskich 75		
telefon/ telefony	68 320 15 34		
Data dodania do wykazu	2021-01-07		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 80		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Maria Ewa Zapotoczna		X
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Zielona Góra/65-001/Anny Jagiellonki 25		
telefon/ telefony:	68 451 90 12		
identyfikator REGON	970679087		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "MARIMED"		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Zielona Góra/65-001/Anny Jagiellonki 25		
telefon/ telefony	68 451 90 12		
Data dodania do wykazu	2021-01-07		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 81		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Wioletta Ewa Falandysz-Kuprewicz		

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Iłowa/68-120/Kolejowa 7	X	
telefon/ telefony:	68 377 40 99		
identyfikator REGON	971237351		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Praktyka Lekarska " SALUS " Wioletta Falandysz-Kuprewicz		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Iłowa/68-120/Kolejowa 7		
telefon/ telefony	68 377 40 99		
Data dodania do wykazu	2021-01-07		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 82		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Grażyna Czekalska	X	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SULĘCIN/69-200/WIEJSKA 6		
telefon/ telefony:	601 987 880		
identyfikator REGON	210441167		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "HIPOKRATES"		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SULĘCIN/69-200/WIEJSKA 6		
telefon/ telefony	95 755 55 45		
Data dodania do wykazu	2021-01-07		

Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 83		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Tadeusz Kiwka	X	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Zabór/66-003/Polna 5		
telefon/ telefony:	608 255 288		
identyfikator REGON	970694603		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Praktyka Lekarza Rodzinnego Tadeusz Kiwka Zabór		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Zabór/66-003/Polna 5		
telefon/ telefony	68 327 40 86		
Data dodania do wykazu	2021-01-07		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Filia Praktyki Lekarza Rodzinnego Tadeusz Kiwka Drzonków		**2**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Zielona Góra/66-004/Drzonków-Cisowa 1A		
telefon/ telefony	68 321 41 73		
Data dodania do wykazu	2021-01-07		

Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 84		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	JABŁOŃSCY SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Lubiszyn/66-433/Myśliborska 16		X
telefon/ telefony:	793 696 380		
identyfikator REGON	81034378		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Przychodnia "Jabłońscy" Sp. z o.o.		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Lubiszyn/66-433/Myśliborska 16		**1**
telefon/ telefony	95 731 18 29		
Data dodania do wykazu	2021-01-07		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 85		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "DROVITA" JAROSŁAW I IWONA DROZD SPÓŁKA CYWILNA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Lubsko/ 68-300/ Chrobrego 3		X
telefon/ telefony:	608 417 544		
identyfikator REGON	971224727		

Miejsce udzielania świadczeń 1		szczepienie personelu *	liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "DROVITA" Jarosław i Iwona Drozd		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Lubsko/ 68-300/ Chrobrego 3		
telefon/ telefony	68 372 30 30		
Data dodania do wykazu	2021-01-07		
Data wykreślenia z wykazu			

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 86		szczepienie personelu	szczepienie populacyjne
nazwa:	PRZYCHODNIA RODZINNA IWONA KŁODOWSKA-BIEL		X
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Siedlisko/ 67-112 / Kasztanowa 20		
telefon/ telefony:	68 388 32 12		
identyfikator REGON	932049051		

Miejsce udzielania świadczeń 1		szczepienie personelu *	liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Przychodnia Rodzinna Iwona Kłodowska-Biel		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Siedlisko/ 67-112 / Kasztanowa 20		
telefon/ telefony	68 388 32 12		
Data dodania do wykazu	2021-01-07		
Data wykreślenia z wykazu			

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 87		szczepienie personelu	szczepienie populacyjne
nazwa:	Hieronim Górzny		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Lubrza/66-218/Świebodzińska 18		X
telefon/ telefony:	604 277 395		
identyfikator REGON	970613444		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Praktyka Lekarza Rodzinnego lek. Hieronim Górzny		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Lubrza/66-218/Świebodzińska 18		
telefon/ telefony	68 381 30 11		
Data dodania do wykazu	2021-01-07		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 88		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	PRAKTYKA-MED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kargowa/66-120/Kościelna 4A		X
telefon/ telefony:	607 404 601		
identyfikator REGON	386274132		

Miejsce udzielania świadczeń 1		szczepienie personelu *	liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	PRAKTYKA LEKARZA RODZINNEGO - MARIA SZALEWSKA-KOT		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kargowa/66-120/Kościelna 4A		
telefon/ telefony	68 352 56 66		
Data dodania do wykazu	2021-01-07		
Data wykreślenia z wykazu			

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 89		szczepienie personelu	szczepienie populacyjne
nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "PRZYCHODNIA DWORCOWA"		X
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Gorzów Wielkopolski/66-400/Dworcowa 13		
telefon/ telefony:	957 392 950		
identyfikator REGON	10656709		

Miejsce udzielania świadczeń 1		szczepienie personelu *	liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	FILIA SPZOZ "PRZYCHODNIA DWORCOWA		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BOGDANIEC/66-450/LEŚNA 9		
telefon/ telefony	957 392 950		
Data dodania do wykazu	2021-01-07		
Data wykreślenia z wykazu			

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 90		szczepienie personelu	szczepienie populacyjne
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PRAKTYKA ZESPOŁU LEKARZA RODZINNEGO "ZDROVITA" MICHNIEWICZ - MAĆKOWIAK, RÓLKA, WIŚNIEWSKA - PRAŁAT, ŚNIEG - SPÓŁKA PARTNERSKA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Krosno Odrzańskie/ 66-600/Srebrna Góra 1A		X
telefon/ telefony:	683 836 074		
identyfikator REGON	971221901		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	NZOZ ZDROVITA SP.P MICHNIEWICZ- MAĆKOWIAK,PRAŁAT,RÓLKA ,ŚNIEG		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	MASZEWO/66-614/MASZEWO 111		
telefon/ telefony	683 831 324		
Data dodania do wykazu	2021-01-07		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	NZOZ ZDROVITA SP.P MICHNIEWICZ- MAĆKOWIAK,PRAŁAT,RÓLKA ,ŚNIEG		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Krosno Odrzańskie/ 66-600/Srebrna Góra 1A		
telefon/ telefony	724900034		
Data dodania do wykazu	2021-01-15		
Data wykreślenia z wykazu			

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 91		szczepienie personelu	szczepienie populacyjne
nazwa:	"POSTĘP" SPÓŁKA AKCYJNA		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Świebodzin/66-200/Strzelecka 1		X
telefon/ telefony:	684 756 030		
identyfikator REGON	970626837		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	POSTĘP SPÓŁKA AKCYJNA ZAKŁAD USŁUG MEDYCZNYCH		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Świebodzin/66-200/Strzelecka 1		
telefon/ telefony	572 012 438		
Data dodania do wykazu	07.01.2021 r.		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	POSTĘP SPÓŁKA AKCYJNA ZAKŁAD USŁUG MEDYCZNYCH		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Świebodzin/66-200/Osiedle Łużyckie 39		
telefon/ telefony	572 012 364		
Data dodania do wykazu	07.01.2021 r.		
Data wykreślenia z wykazu			

Miejsce udzielania świadczeń 3		szczepienie personelu *	liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	POSTĘP SPÓŁKA AKCYJNA ZAKŁAD USŁUG MEDYCZNYCH		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Świebodzin/66-200/Matejki 1		
telefon/ telefony	572 012 465		
Data dodania do wykazu	07.01.2021 r.		
Data wykreślenia z wykazu			

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 92		szczepienie personelu	szczepienie populacyjne
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Praktyka Zespołu Lekarza Rodzinnego "ATIS" S. Śliwiński, B. Zborowski - Spółka Partnerska		X
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Cybinka/69-108/Słubicka 30		
telefon/ telefony:	683 911 325		
identyfikator REGON	210981001		

Miejsce udzielania świadczeń 1		szczepienie personelu *	liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Praktyka Zespołu Lekarza Rodzinnego "ATIS" S. Śliwiński, B. Zborowski - Spółka Partnerska		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Cybinka/69-108/Słubicka 30		
telefon/ telefony	683 911 325		
Data dodania do wykazu	07.01.2021 r.		
Data wykreślenia z wykazu			

Miejsce udzielania świadczeń 2		szczepienie personelu *	liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Praktyka Zespołu Lekarza Rodzinnego "ATIS" S. Śliwiński, B. Zborowski - Spółka Partnerska		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Rzepin/69-110/Dworcowa 63		
telefon/ telefony	957 597 734		
Data dodania do wykazu	14.01.2021 r.		
Data wykreślenia z wykazu			

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 93		szczepienie personelu	szczepienie populacyjne
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MEDYK JOLANTA BLIŹNIAK IRENA KURYŁOWICZ SPÓŁKA JAWNA		X
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Żary/68-200/Okrzei 9		
telefon/ telefony:	68 36 34 447		
identyfikator REGON	971290629		

Miejsce udzielania świadczeń 1		szczepienie personelu *	liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MEDYK JOLANTA BLIŹNIAK IRENA KURYŁOWICZ SPÓŁKA JAWNA		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Żary/68-200/Okrzei 9		
telefon/ telefony	68 36 34 447		
Data dodania do wykazu	07.01.2021 r.		
Data wykreślenia z wykazu			

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 94		szczepienie personelu	szczepienie populacyjne
nazwa:	Ośrodek Terapii GRUNWALD Stanisław Bojkowski		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Gubin/66-620/Grunwaldzka16		X
telefon/ telefony:	693 855 094		
identyfikator REGON	080172492		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Ośrodek Terapii GRUNWALD Stanisław Bojkowski		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Gubin/66-620/Grunwaldzka16		
telefon/ telefony	684 510 000		
Data dodania do wykazu	07.01.2021 r.		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Ośrodek Terapii GRUNWALD Stanisław Bojkowski		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Lubsko/68-300/Wrocławska 16a		
telefon/ telefony	684 556 844		
Data dodania do wykazu	07.01.2021 r.		
Data wykreślenia z wykazu			

Miejsce udzielania świadczeń 3		szczepienie personelu *	liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Ośrodek Terapii GRUNWALD Stanisław Bojkowski		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Brody/68-343/Polna 1		
telefon/ telefony	683 712 658		
Data dodania do wykazu	07.01.2021 r.		
Data wykreślenia z wykazu			

Miejsce udzielania świadczeń 4		szczepienie personelu *	liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Ośrodek Terapii GRUNWALD Stanisław Bojkowski		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Krosno Odrzańskie/66-600/Wojska Polskiego 24		
telefon/ telefony	684 200 414		
Data dodania do wykazu	07.01.2021 r.		
Data wykreślenia z wykazu			

Miejsce udzielania świadczeń 5		szczepienie personelu *	liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Ośrodek Terapii GRUNWALD Stanisław Bojkowski		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Bytnica/66-630/Bytnica 125		
telefon/ telefony	683 200 099		
Data dodania do wykazu	07.01.2021 r.		
Data wykreślenia z wykazu			

Miejsce udzielania świadczeń 6		szczepienie personelu *	liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Ośrodek Terapii GRUNWALD Stanisław Bojkowski		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Bobrowice/66-627/Bobrowice 23		
telefon/ telefony	684200414; 693855094		
Data dodania do wykazu	07.01.2021 r.		
Data wykreślenia z wykazu			

Miejsce udzielania świadczeń 7		szczepienie personelu *	liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Ośrodek Terapii GRUNWALD Stanisław Bojkowski		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Lubsko/68-300/Poznańska 2		
telefon/ telefony	68 475 77 12		
Data dodania do wykazu	14.04.2021 r.		
Data wykreślenia z wykazu			

Miejsce udzielania świadczeń 8		szczepienie personelu *	liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Ośrodek Terapii GRUNWALD Stanisław Bojkowski		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Torzym/66-235/Wojska Polskiego 52/24		
telefon/ telefony	68 322 84 79		
Data dodania do wykazu	14.04.2021 r.		
Data wykreślenia z wykazu			

Miejsce udzielania świadczeń 9		szczepienie personelu *	liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Punkt Szczepień Powszechnych - Zespół szkolno-przedszkolny hala sportowa		3
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Brody/68-343/Kilińskiego 11		
telefon/ telefony	683712658		
Data dodania do wykazu	21.04.2021 r.		
Data wykreślenia z wykazu			

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 95		szczepienie personelu	szczepienie populacyjne
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "MEDYK" S.C. B.GAWRON,P.KOBYLNIK,W.KOCHAŃSKI,E.PIETRZAK		X
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Sulęcin/69-200/Dudka 13		
telefon/ telefony:	95 75 55 344		
identyfikator REGON	210998616		

Miejsce udzielania świadczeń 1		szczepienie personelu *	liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "MEDYK" s.c		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Sulęcin/69-200/Dudka 13		
telefon/ telefony	957555344		
Data dodania do wykazu	07.01.2021 r.		
Data wykreślenia z wykazu			

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 96		szczepienie personelu	szczepienie populacyjne
nazwa:	DOSZEL CENTRUM MEDYCZNE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Zielona Góra/66-001/Zawada-Szkolna 22		X
telefon/ telefony:	68 321 26 66		
identyfikator REGON	081026634		

Miejsce udzielania świadczeń 1		szczepienie personelu *	liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	DOSZEL CENTRUM MEDYCZNE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Zielona Góra/66-001/Zawada-Szkolna 22		**1**
telefon/ telefony	68 321 26 66		
Data dodania do wykazu	07.01.2021 r.		
Data wykreślenia z wykazu			

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 97		szczepienie personelu	szczepienie populacyjne
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PRAKTYKA LEKARZA RODZINNEGO JERZY ONICHIMIUK		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Jasień/68-320/XX-Lecia 20		X
telefon/ telefony:	683711427		
identyfikator REGON	970468143		

Miejsce udzielania świadczeń 1		szczepienie personelu *	liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PRAKTYKA LEKARZA RODZINNEGO JERZY ONICHIMIUK		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Jasień/68-320/XX-Lecia 20		
telefon/ telefony	683 711 427		
Data dodania do wykazu	07.01.2021 r.		
Data wykreślenia z wykazu			

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 98		szczepienie personelu	szczepienie populacyjne
nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W STARGARDZIE GUBIŃSKIM		X
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Stargard Gubiński/66-620/Stargard Gubiński 1		
telefon/ telefony:	68 35 92 528		
identyfikator REGON	971241832		

Miejsce udzielania świadczeń 1		szczepienie personelu *	liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W STARGARDZIE GUBIŃSKIM		2
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Stargard Gubiński/66-620/Stargard Gubiński 1		
telefon/ telefony	68 35 92 528		
Data dodania do wykazu	07.01.2021 r.		
Data wykreślenia z wykazu			

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 99		szczepienie personelu	szczepienie populacyjne
nazwa:	Przychodnia Medycyny Pracy "POL-E-S" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Zielona Góra/65-018/Jedności 59		X
telefon/ telefony:	68 45 30 100		
identyfikator REGON	970684272		

Miejsce udzielania świadczeń 1		szczepienie personelu *	liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Przychodnia Medycyny Pracy "POL-E-S" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Zielona Góra/65-018/Jedności 59		**1**
telefon/ telefony	68 45 30 100		
Data dodania do wykazu	07.01.2021 r.		
Data wykreślenia z wykazu			

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 100		szczepienie personelu	szczepienie populacyjne
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Praktyka Lekarza Rodzinnego "EMPATIA Żyta, Żyta-Chwastyk" Spółka Cywilna		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Brzeźnica/68-113/Zielonogórska 24b		X
telefon/ telefony:	68 377 71 373		
identyfikator REGON	971237078		

Miejsce udzielania świadczeń 1		szczepienie personelu *	liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Praktyka Lekarza Rodzinnego "EMPATIA Żyta, Żyta-Chwastyk" Spółka Cywilna		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Brzeźnica/68-113/Zielonogórska 24b		
telefon/ telefony	68 377 71 373		
Data dodania do wykazu	07.01.2021 r.		
Data wykreślenia z wykazu			

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 101		szczepienie personelu	szczepienie populacyjne
nazwa:	Centrum Medyczne "ATOL" Lekarska Spółka Partnerska Borkowski, Demuth, Niekraszewicz-Kulik		X
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Gubin/66-620/Kresowa 2		
telefon/ telefony:	684 751 540		
identyfikator REGON	080037021		

Miejsce udzielania świadczeń 1		szczepienie personelu *	liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Centrum Medyczne "ATOL" Lekarska Spółka Partnerska		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Gubin/66-620/Kresowa 2		
telefon/ telefony	695 345 191		
Data dodania do wykazu	07.01.2021 r.		
Data wykreślenia z wykazu			

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 102		szczepienie personelu	szczepienie populacyjne
nazwa:	Medi-Plus Świadczenia Medyczne Marzena Kucharska		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Zwierzyn/66-542/Wojska Polskiego 58		X
telefon/ telefony:	730 580 190		
identyfikator REGON	363385770		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Medi-Plus Świadczenia Medyczne Marzena Kucharska		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Bledzew/66-350/Kościuszki 16		**1**
telefon/ telefony	574 489 023		
Data dodania do wykazu	07.01.2021 r.		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Medi-Plus Świadczenia Medyczne Marzena Kucharska		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Zwierzyn/66-542/Wojska Polskiego 58		**1**
telefon/ telefony	573 453 808		
Data dodania do wykazu	07.01.2021 r.		
Data wykreślenia z wykazu			

Miejsce udzielania świadczeń 3		szczepienie personelu *	liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Punkt Szczepień Powszechnych - Centrum Ratownictwa Medyczno-Pożarowego w Dobiegniewie		2
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Dobiegniew/66-520/Staszica 9		
telefon/ telefony	957 488 160		
Data dodania do wykazu	23.04.2021 r.		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 4		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Medi-Plus Świadczenia Medyczne- Hala Widowiskowo-Sportowa		2
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Międzyrzecz/66-300/Oś. Kasztelańskie 8a		
telefon/ telefony	95 742 69 49		
Data dodania do wykazu	06.05.2021 r.		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 103		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	PRAKTYKA LEKARZA RODZINNEGO "MEDICUS" ABRAMCZYK, BAKSALARY-PATELKA, BIAŁOWĄS SPÓŁKA PARTNERSKA		X
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Nowa Sól/67-100/Kuśnierska 5		
telefon/ telefony:	683 874 870		
identyfikator REGON	970738312		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**

nazwa:	"Medicus" Spółka Partnerska		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Nowa Sól/67-100/Kuśnierska 5		
telefon/ telefony	683 874 870		
Data dodania do wykazu	07.01.2021 r.		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 104		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Krukowska Maria Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "ZDROWIE"	X	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łęknica/66-208/Graniczna 7		
telefon/ telefony:	600 278 423		
identyfikator REGON	080504178		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "ZDROWIE"		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Łęknica/66-208/Graniczna 7		
telefon/ telefony	683 752 051		
Data dodania do wykazu	07.01.2021 r.		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 105		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "PRZYCHODNIA LEKARSKA" S.C		

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Sulechów/66-100/Al. Niepodległości 15	X	
telefon/ telefony:	68 385 21 99; 68 385 23 17		
identyfikator REGON	970747127		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "PRZYCHODNIA LEKARSKA" S.C		**2**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Sulechów/66-100/Al. Niepodległości 15		
telefon/ telefony	68 385 21 99; 68 385 23 17		
Data dodania do wykazu	07.01.2021 r.		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 106		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	WOJSKOWA SPECJALISTYCZNA PRZYCHODNIA LEKARSKA SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W GUBINIE	X	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Gubin/66-620/Kresowa 258		
telefon/ telefony:	684 558 070		
identyfikator REGON	970328821		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	WOJSKOWA SPECJALISTYCZNA PRZYCHODNIA LEKARSKA SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W GUBINIE		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Gubin/66-620/Kresowa 258		
telefon/ telefony	684 558 072		

Data dodania do wykazu	07.01.2021 r.		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 107		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Krystyna Maria Nierobisz-Chrzanowska		X
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Słońsk/66-436/Puszkina 22		
telefon/ telefony:	957 572 217		
identyfikator REGON	210213041		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej " NASZE ZDROWIE "		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Słońsk/66-436/Puszkina 22		
telefon/ telefony	957 572 217		
Data dodania do wykazu	07.01.2021 r.		
Data wykreślenia z wykazu	11.05.2021 r.		
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 108		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "ULMED" s.c. Urszula Wąchała-Jędras, Karolina Jędras, Mateusz Jędras		X
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Czerwieńsk/66-016/Zielonogórska 2		
telefon/ telefony:	68 32 78 209		
identyfikator REGON	080559044		

Miejsce udzielania świadczeń 1		szczepienie personelu *	liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "ULMED" s.c. Urszula Wąchała-Jędras, Karolina Jędras, Mateusz Jędras		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Czerwieńsk/66-016/Zielonogórska 2		
telefon/ telefony	683 278 209		
Data dodania do wykazu	07.01.2021 r.		
Data wykreślenia z wykazu			

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 109		szczepienie personelu	szczepienie populacyjne
nazwa:	Leszek Białek		X
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Jasień/68-320/Okrzei 5		
telefon/ telefony:	601 998 300		
identyfikator REGON	970640843		

Miejsce udzielania świadczeń 1		szczepienie personelu *	liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ ZESPÓŁ LEKARZA RODZINNEGO LESZEK BIAŁEK		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Lubsko/68-300/Bohaterów 8		
telefon/ telefony	684 571 680		
Data dodania do wykazu	07.01.2021 r.		
Data wykreślenia z wykazu			

Miejsce udzielania świadczeń 2		szczepienie personelu *	liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ ZESPÓŁ LEKARZA RODZINNEGO LESZEK BIAŁEK		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Jasień/68-320/Okrzei 5		
telefon/ telefony	683 710 356		
Data dodania do wykazu	07.01.2021 r.		
Data wykreślenia z wykazu			

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 110		szczepienie personelu	szczepienie populacyjne
nazwa:	LEKARSKA SPÓŁKA PARTNERSKA BEJGA, CZERNICKI, DZIAŁA, WOZOWCZYK, ZŁOTOGÓRSKA-LUBECKA		X
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Nowa Sól/67-100/Wojska Polskiego 58		
telefon/ telefony:	683 877 551		
identyfikator REGON	970744436		

Miejsce udzielania świadczeń 1		szczepienie personelu *	liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	LEKARSKA SPÓŁKA PARTNERSKA BEJGA, CZERNICKI, DZIAŁA, WOZOWCZYK, ZŁOTOGÓRSKA-LUBECKA		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Nowa Sól/67-100/Wojska Polskiego 58		
telefon/ telefony	683 877 551		
Data dodania do wykazu	07.01.2021 r.		
Data wykreślenia z wykazu			

Miejsce udzielania świadczeń 2		szczepienie personelu *	liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	LEKARSKA SPÓŁKA PARTNERSKA BEJGA, CZERNICKI, DZIAŁA, WOZOWCZYK, ZŁOTOGÓRSKA-LUBECKA		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Nowa Sól/67-100/8 Maja 9		
telefon/ telefony	662 015 900		
Data dodania do wykazu	07.01.2021 r.		
Data wykreślenia z wykazu	28.04.2021 r.		

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 111		szczepienie personelu	szczepienie populacyjne
nazwa:	ZACHODNIE CENTRUM MEDYCZNE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		X
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Krosno Odrzańskie/66-600/Piastów 3		
telefon/ telefony:	684 197 580		
identyfikator REGON	366423412		

Miejsce udzielania świadczeń 1		szczepienie personelu *	liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	ZACHODNIE CENTRUM MEDYCZNE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Krosno Odrzańskie/66-600/Piastów 3		
telefon/ telefony	684 197 900		
Data dodania do wykazu	07.01.2021 r.		
Data wykreślenia z wykazu			

Miejsce udzielania świadczeń 2		szczepienie personelu *	liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	ZACHODNIE CENTRUM MEDYCZNE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Gubin/66-620/Śląska 35		
telefon/ telefony	684 197 900		
Data dodania do wykazu	07.01.2021 r.		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 112		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	MEDICUS A. KAROŃ-SOBICZEWSKA I A. SOBICZEWSKI SPÓŁKA JAWNA		X
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kostrzyn nad Odrą/66-470/Wyszyńskiego 23A		
telefon/ telefony:	957 525 253		
identyfikator REGON	081038169		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Przychodnia Medicus		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kostrzyn nad Odrą/66-470/Wyszyńskiego 23A		
telefon/ telefony	957 525 253		
Data dodania do wykazu	07.01.2021 r.		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 113		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**

nazwa:	Marzanna Grażyna Bidzińska	X	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Nietków/66-016/Tadeusza Kościuszki 67		
telefon/ telefony:	683 278 025		
identyfikator REGON	970413308		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Lekarska "EKOMED"		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Nietków/66-016/Tadeusza Kościuszki 67		
telefon/ telefony	683 278 025		
Data dodania do wykazu	07.01.2021 r.		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Lekarska "EKOMED"		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Leśniów Wielki/66-016/Leśniów Wielki 36		
telefon/ telefony	683 211 834		
Data dodania do wykazu	07.01.2021 r.		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 114		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	SPÓŁKA LEKARSKA "MEDICUS" PIERKOŚ I PARTNERZY SPÓŁKA PARTNERSKA		

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Żagań/68-100/Osiedle Na Górce 45	X	
telefon/ telefony:	683 671 477		
identyfikator REGON	977942004		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "MEDICUS" Pierkoś i Partnerzy Spółka Partnerska		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Żagań/68-100/Osiedle Na Górce 45		
telefon/ telefony	683 671 477		
Data dodania do wykazu	07.01.2021 r.		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Filia Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej "MEDICUS" Pierkoś i Partnerzy Spółka Partnerska		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Gozdnica/68-130/Ceramików 30		
telefon/ telefony	683 601 081		
Data dodania do wykazu	07.01.2021 r.		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 115		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Spółka Cywilna "Przychodnia Rodzinna" Dorota Ziętal, Artur Ziętal		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Myślibórz/74-300/Kościelna15		X

telefon/ telefony:	957 470 250		
identyfikator REGON	812346879		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "PRZYCHODNIA RODZINNA" S.C. Filia w Stawie		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Staw/66-433/Staw 55		
telefon/ telefony	667 910 250		
Data dodania do wykazu	07.01.2021 r.		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 116		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	"ALDEMED" CENTRUM MEDYCZNE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		X
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Zielona Góra/65-048/Al.Niepodległości 1		
telefon/ telefony:	68 353 05 36		
identyfikator REGON	363377516		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	ALDEMED Centrum Medyczne Poradnie i Diagnostyka Filia Zastal		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Zielona Góra/65-114/Towarowa 20		
telefon/ telefony	68 353 06 00		
Data dodania do wykazu	07.01.2021 r.		
Data wykreślenia z wykazu			

Miejsce udzielania świadczeń 2		szczepienie personelu *	liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	ALDEMED Centrum Medyczne Poradnie i Diagnostyka		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Zielona Góra/65-048/Al.Niepodległości 1		
telefon/ telefony	68 353 06 00		
Data dodania do wykazu	2021-01-27		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 3		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	ALDEMED Centrum Medyczne Poradnie i Diagnostyka		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Zielona Góra/65-547/Oś. Sląskie 5D		
telefon/ telefony	683530600		
Data dodania do wykazu	2021-02-01		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 4		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt Szczepień Powszechnych - Hala lekkoatletyczna - Aldemed Centrum Medyczne Sp. z o.o.		4
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Zielona Góra/65-147/Sulechowska 37		
telefon/ telefony	683530600		
Data dodania do wykazu	16.04.2021/ 21.04.2021 r.		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 117		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**

nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "OMNIBUS" SPÓŁKA CYWILNA JANUSZ KOŁODZIEJCZYK, IWONA KOŁODZIEJCZYK	X	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Lubsko/68-300/Chrobrego 3		
telefon/ telefony:	601 186 637		
identyfikator REGON	977936446		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "OMNIBUS" s.c.		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Lubsko/68-300/Chrobrego 3		
telefon/ telefony	601 186 637		
Data dodania do wykazu	07.01.2021 r.		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 118		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Przychodnia Lekarska "MEDYK" Zofia Robak, Jerzy Robak s.c.	X	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Drezdenko/66-530/Piłsudskiego 7		
telefon/ telefony:	95 76 21 257		
identyfikator REGON	211010423		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**

nazwa:	Przychodnia Lekarska "MEDYK" Zofia Robak, Jerzy Robak s.c.		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Drezdenko/66-530/Piłsudskiego 7		
telefon/ telefony	502 664 948		
Data dodania do wykazu	07.01.2021 r.		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 119		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Ossowski Mikołaj NZOZ Przychodnia Lekarza Rodzinnego "VITAMED"		X
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Lubsko/68-300/Hubalczyków 8		
telefon/ telefony:	684 571 777		
identyfikator REGON	977919502		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Lekarza Rodzinnego "VITAMED"		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Lubsko/68-300/Hubalczyków 8		
telefon/ telefony	684 571 777		
Data dodania do wykazu	07.01.2021 r.		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 120		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**

nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "ZDROWIE" spółka cywilna Grażyna Maciejek, Krzysztof Wolańczyk	X	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Krzeszyce/66-435/Gorzowska 5		
telefon/ telefony:	957 573 072		
identyfikator REGON	211179381		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Niepublicznyy Zakład Opieki Zdrowotnej "ZDROWIE" s.c		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Krzeszyce/66-435/Gorzowska 5		
telefon/ telefony	95 757 30 72		
Data dodania do wykazu	07.01.2021 r.		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 121		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	ELŻBIETA ŁAZARÓW-JANIAK NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "ELVITA" PRAKTYKA LEKARZA RODZINNEGO,PRAKTYKA SPECJALISTYCZNA Z ZAKRESU MEDYCYNY RODZINNEJ	X	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Przecław/67-312/Przecław 9		
telefon/ telefony:	683 781 191		
identyfikator REGON	970348143		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**

nazwa:	Elżbieta Łazarów-Janiak Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "ELVITA" Praktyka Lekarza Rodzinnego		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Przecław/67-312/Przecław 9		
telefon/ telefony	683 781 191		
Data dodania do wykazu	07.01.2021 r.		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 122		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "NOVA - MED" SPÓŁKA CYWILNA ANNA HAWEŁKA, GRZEGORZ HAWEŁKA		X
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Przewóz/68-132/Wojska Polskiego 15		
telefon/ telefony:	68 36 23 264		
identyfikator REGON	971222540		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej " NOVA- MED" s.c.		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Przewóz/68-132/Wojska Polskiego 15		
telefon/ telefony	683 623 264		
Data dodania do wykazu	07.01.2021 r.		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 123		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**

nazwa:	NZOZ "MEDICUS" s.c. Ewa Grzegorzewicz, Roman Karasiewicz, Żaneta Helman	X	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Lipinki Łużyckie/68-213/Żarska 4a		
telefon/ telefony:	68 375 24 29		
identyfikator REGON	971222556		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Praktyka Lekarza Rodzinnego "MEDICUS" s.c		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Lipinki Łużyckie/68-213/Żarska 4a		
telefon/ telefony	683 752 429		
Data dodania do wykazu	07.01.2021 r.		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Praktyka Lekarza Rodzinnego "MEDICUS" s.c		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Trzebiel/68-212/Tuplicka 2b		
telefon/ telefony	682 755 062		
Data dodania do wykazu	07.01.2021 r.		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 124		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**

nazwa:	"VITA" ZESPÓŁ LEKARZA RODZINNEGO SPÓŁKA CYWILNA ELŻBIETA TOMIAK I WSPÓLNICY	X	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Otyń/67-106/Dworcowa 2		
telefon/ telefony:	683 550 291		
identyfikator REGON	970613177		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	"VITA" Zespół Lekarza Rodzinnego s.c.		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Otyń/67-106/Dworcowa 2		
telefon/ telefony	683 550 291		
Data dodania do wykazu	07.01.2021 r.		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 125		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	DANUTA MIKOŁAJCZYK - JASIŃSKA PRZYCHODNIA LEKARZA RODZINNEGO SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ	X	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Drezdenko/66-530/Kwiatowa 19		
telefon/ telefony:	957 629 359		
identyfikator REGON	368884933		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**

nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej " Przychodnia Lekarza Rodzinnego "		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Drezdenko/66-530/Kwiatowa 19		
telefon/ telefony	95 7629359; 796062373		
Data dodania do wykazu	07.01.2021 r.		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 126		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	PRZYCHODNIA LEKARSKA "NOVOMED" S.C. JACEK SZMYR, RAFAŁ SZMYR		X
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Nowogród Bobrzański/66-010/Warzywna 5		
telefon/ telefony:	683 321 528		
identyfikator REGON	081195331		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	PRZYCHODNIA LEKARSKA "NOVOMED" S.C. JACEK SZMYR, RAFAŁ SZMYR		2
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Nowogród Bobrzański/66-010/Warzywna 5		
telefon/ telefony	660 512 770		
Data dodania do wykazu	07.01.2021 r.		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 127		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**

nazwa:	PRZYCHODNIA LEKARSKA PANACEUM JOANNA WOŹNIAK		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Świdnica/66-008/Kosynierów 2a/2		X
telefon/ telefony:	683 200 109		
identyfikator REGON	361663985		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	PRZYCHODNIA LEKARSKA PANACEUM JOANNA WOŹNIAK		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Świdnica/66-008/Kosynierów 2a/2		**1**
telefon/ telefony	683 200 109		
Data dodania do wykazu	07.01.2021 r.		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 128		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	"J.H.O. ESKULAP s.c. ZESPÓŁ LEKARZY RODZINNYCH J. Jarosz, Z. Owczarek, K. Czekalska, G. Krawiec		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Gorzów Wlkp./66-400/Gwiaździsta 16		X
telefon/ telefony:	95 7206810; 95 7250251		
identyfikator REGON	210465653		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**

nazwa:	J.H.O. ESKULAP s.c. ZESPÓŁ LEKARZY RODZINNYCH		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Gorzów Wlkp./66-400/Gwiaździsta 16		
telefon/ telefony	957 206 810		
Data dodania do wykazu	07.01.2021 r.		
Data wykreślenia z wykazu	28.04.2021 r.		
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 129		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "ZAMENHOFA" S.C.		X
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Zielona Góra/65-186/Zamenhofa 27		
telefon/ telefony:	683255330; 683270264		
identyfikator REGON	971232098		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Przychodnia Lekarska " ZAMENHOFA " spółka cywilna		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Zielona Góra/65-186/Zamenhofa 27		
telefon/ telefony	571 237 212		
Data dodania do wykazu	07.01.2021r.		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 130		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**

nazwa:	PORADNIA MEDYCYNY RODZINNEJ "CHYNÓW" BOŻENA TATARYNOWICZ	X	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Zielona Góra/65-122/Bukowa 4		
telefon/ telefony:	683 202 482		
identyfikator REGON	971182733		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	PORADNIA MEDYCYNY RODZINNEJ "CHYNÓW" BOŻENA TATARYNOWICZ		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Zielona Góra/65-122/Bukowa 4		
telefon/ telefony	683 202 482		
Data dodania do wykazu	07.01.2021 r.		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 131		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "FAMILIA" SPÓŁKA CYWILNA	X	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Zielona Góra/65-012/Nagietkowa 1		
telefon/ telefony:	683 204 235		
identyfikator REGON	971225359		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**

nazwa:	NZOZ FAMILIA s.c.		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Zielona Góra/65-012/Nagietkowa 1		
telefon/ telefony	683 204 235		
Data dodania do wykazu	07.01.2021 r.		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 132		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	NZOZ "IUVO" S.C. ROBERT JAKUBOWSKI, BARBARA ŁAZICKA		X
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Sulechów/66-100/Al. Niepodległości 15a		
telefon/ telefony:	780 177 088		
identyfikator REGON	977910470		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	NZOZ "IUVO" S.C. ROBERT JAKUBOWSKI, BARBARA ŁAZICKA		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Sulechów/66-100/Al. Niepodległości 15a		
telefon/ telefony	780 177 088		
Data dodania do wykazu	07.01.2021 r.		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 133		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**

nazwa:	PRZYCHODNIA LEKARSKA ESKULAP CHMIELOWICZ-GRABARA, SOBOTA-HEGER, KOWALSKA-ŁADA, SCECEWICZ-SZAREJKO, SOŁTYSIAK, WEŁYCZKO SPÓŁKA JAWNA	X	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Wschowa/67-400/Zygmunta Starego 4		
telefon/ telefony:	655 407 140		
identyfikator REGON	971211529		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	PRZYCHODNIA LEKARSKA ESKULAP CHMIELOWICZ-GRABARA, SOBOTA-HEGER, KOWALSKA-ŁADA, SCECEWICZ-SZAREJKO, SOŁTYSIAK, WEŁYCZKO SPÓŁKA JAWNA		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Wschowa/67-400/Zygmunta Starego 4		
telefon/ telefony	65 540 71 40		
Data dodania do wykazu	07.01.2021 r.		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 134		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ S.C. PRAKTYKA LEKARZA RODZINNEGO BARBARA OLECH, ALEKSANDRA OLECH	X	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Trzebiechów/66-132/Aleja Lipowa 8		
telefon/ telefony:	68 351 41 32		
identyfikator REGON	971311550		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**

nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ S.C. PRAKTYKA LEKARZA RODZINNEGO BARBARA OLECH, ALEKSANDRA OLECH		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Trzebiechów/66-132/Aleja Lipowa 8		
telefon/ telefony	68 351 41 32		
Data dodania do wykazu	2021-01-07		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 135		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Ludwika Zenka Przychodnia Lekarza Rodzinnego		X
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Niedoradz/67-106/Kochanowskiego 8a		
telefon/ telefony:	788 354 808, 538 528 497		
identyfikator REGON	977901011		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Ludwika Zenka Przychodnia Lekarza Rodzinnego		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Niedoradz/67-106/Kochanowskiego 8a		
telefon/ telefony	538 528 497		
Data dodania do wykazu	2021-01-07		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 136		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**

nazwa:	NZOZ Praktyka Lekarza Rodzinnego Lesław Widera	X	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Torzym/66-235/Wojska Polskiego 52		
telefon/ telefony:	504 013 428		
identyfikator REGON	970072741		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	NZOZ Praktyka Lekarza Rodzinnego Lesław Widera		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Torzym/66-235/Wojska Polskiego 52		
telefon/ telefony	504 013 428		
Data dodania do wykazu	2021-01-07		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 137		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PRAKTYKA LEKARZA RODZINNEGO "KOWALSKA -BODNAR" S.C.	X	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Żadań/68-100/Dąbrowskiego 1		
telefon/ telefony:	606 1326 49 68 477 69 90		
identyfikator REGON	971231160		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**

nazwa:	Praktyka Lekarza Rodzinnego "Kowalska - Bodnar" s.c.		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Żadań/68-100/Dąbrowskiego 1		
telefon/ telefony	68 477 69 94		
Data dodania do wykazu	2021-01-07		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 138		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	PRZYCHODNIA LEKARSKA "SANUS" NZOZ S.C.	X	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Zielona Góra/65-536/Wyszyńskiego 99		
telefon/ telefony:	68 453 56 92		
identyfikator REGON	971232365		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	PRZYCHODNIA LEKARSKA "SANUS" NZOZ S.C.		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Zielona Góra/65-536/Wyszyńskiego 99		
telefon/ telefony	531 944 757		
Data dodania do wykazu	2021-01-07		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 139		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Izabela Ostrowska		

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Gorzów Wielkopolski/66-400/Paderewskiego 14	X	
telefon/ telefony:	502 137 737		
identyfikator REGON	211045396		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	NZOZ BASIS Przychodnia Lekarza Rodzinnego Izabela Ostrowska		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Gorzów Wielkopolski/66-400/Paderewskiego 14		
telefon/ telefony	95 735 89 93		
Data dodania do wykazu	2021-01-07		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 140		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "KOLMED" ZESPÓŁ LEKARZA RODZINNEGO MACIEJ RYBACKI, PRYWATNY GABINET LEKARSKI MACIEJ RYBACKI	X	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Międzyrzecz/66-300/Chopina 18		
telefon/ telefony:	509 111 651, 95 742 04 38		
identyfikator REGON	210144529		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "KOLMED" ZESPÓŁ LEKARZA RODZINNEGO MACIEJ RYBACKI, PRYWATNY GABINET LEKARSKI MACIEJ RYBACKI		**1**

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Międzyrzecz/66-300/Chopina 18		1
telefon/ telefony	95 742 04 38		
Data dodania do wykazu	2021-01-07		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 141		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	PRZYCHODNIA LEKARSKA "ZDROWIE" S.C.WIESŁAWA DUBANIOWSKA, JANUSZ DUBANIOWSKI, ARLETA MORYSON		X
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Nowa Sól/67-100/Kupiecka 1		
telefon/ telefony:	530 250 052, 68 387 46 74		
identyfikator REGON	970751347		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	PRZYCHODNIA LEKARSKA "ZDROWIE" S.C.WIESŁAWA DUBANIOWSKA, JANUSZ DUBANIOWSKI, ARLETA MORYSON		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Nowa Sól/67-100/Kupiecka 1		
telefon/ telefony	68 387 46 74		
Data dodania do wykazu	2021-01-07		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 142		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	EUVERSITY SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Słubice/69-100/Daszyńskiego 1	X	
telefon/ telefony:	503982529 957183084		
identyfikator REGON	301772379		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Centrum Medyczne Brandmed		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Słubice/69-100/Daszyńskiego 1		
telefon/ telefony	957582649 518011108		
Data dodania do wykazu	2021-01-08		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 143		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	GORZOWSKIE CENTRUM MEDYCZNE MEDI-RAJ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ	X	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Gorzów Wielkopolski/66-400/GÓRCZYŃSKA 17		
telefon/ telefony:	957835200 wew 1		
identyfikator REGON	300904710		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Gorzowskie Centrum Medyczne Medi-Raj Sp. z o.o.		**1**

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Gorzów Wielkopolski/66-400/GÓRCZYŃSKA 17		1
telefon/ telefony	957835200 wew 1		
Data dodania do wykazu	2021-01-08		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt Szczepień Powszechnych - Przystań Sportów Wodnych		**3**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Gorzów Wielkopolski/66-400/Fabryczna 175		
telefon/ telefony	95 721 63 13		
Data dodania do wykazu	23.04.2021 r.		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 144		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	LUX MED Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością		X
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Warszawa/ 02-676/Postępu 21C		
telefon/ telefony:	224504500		
identyfikator REGON	140723603		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Centrum Medyczne LUX MED.		**1**

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Gorzów Wielkopolski/66-400/Walczaka 41B		1
telefon/ telefony	223322849		
Data dodania do wykazu	2021-01-08		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 145		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Prywatna Praktyka Lekarska Robert Górski		X
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Zielona Góra/ 65-409/Stanisława Moniuszki 8d/40		
telefon/ telefony:	888844401		
identyfikator REGON	362768249		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt Szczepień Powszechnych - Prywatna Praktyka Lekarska Robert Górski		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Zielona Góra/65-409/Bohaterów Westerplatte 23		
telefon/ telefony	500112504		
Data dodania do wykazu	08.01.2021 / 22.04.2021 r.		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 146		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ-ZESPOŁOWA PRAKTYKA LEKARZY RODZINNYCH "PRO VITA" S.C		

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Międzyrzecz/66-300/Konstytucji 3 Maja 32		X
telefon/ telefony:	957412204		
identyfikator REGON	210963492		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ ZESPOŁOWA PRAKTYKA LEKARZY RODZINNYCH "PRO VITA" S.C		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Międzyrzecz/66-300/Konstytucji 3 Maja 32		
telefon/ telefony	516294347 w godz. 10.00-13.00		
Data dodania do wykazu	2021-01-15		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 147		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	VITA RAFAŁ NAPIERAŁA I WSPÓLNICY SPÓŁKA JAWNA		X
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Strzelce Krajeńskie/66-500/Al. Piastów 17		
telefon/ telefony:	957632557		
identyfikator REGON	360915580		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	VITA RAFAŁ NAPIERAŁA I WSPÓLNICY SPÓŁKA JAWNA		**1**

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Strzelce Krajeńskie/66-500/Al. Piastów 17		1
telefon/ telefony	957814834		
Data dodania do wykazu	2021-01-15		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	VITA RAFAŁ NAPIERAŁA I WSPÓLNICY SPÓŁKA JAWNA		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Bobrówko/66-510/Leśna 5		
telefon/ telefony	95 717 34 00		
Data dodania do wykazu	2021-01-27		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 148		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	NZOZ M.GORAL SPÓŁKA PARTNERSKA LEKARSKO-PIELĘGNIARSKA		X
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Strzelce Krajeńskie/66-500/Al. Piastów 17		
telefon/ telefony:	957631181		
identyfikator REGON	211281725		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	NZOZ M.GORAL SPÓŁKA PARTNERSKA LEKARSKO-PIELĘGNIARSKA		1

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Strzelce Krajeńskie/66-500/Al. Piastów 17		1
telefon/ telefony	509268378		
Data dodania do wykazu	2021-01-15		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 149		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Zespół Lekarza Rodzinego Swietłana Winnicka		X
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Ośno Lubuskie/69-220/Rybacka 3A		
telefon/ telefony:	512304465		
identyfikator REGON	210384890		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Zespół Lekarza Rodzinego Swietłana Winnicka		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Ośno Lubuskie/69-220/Rybacka 3A		
telefon/ telefony	95 757 59 45		
Data dodania do wykazu	2021-01-15		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 150		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	STOWARZYSZENIE ZAWODOWE RATOWNIKÓW MEDYCZNYCH "MEDYK"		

adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Nowa Sól/67-100/Zielonogórska 14		X
telefon/ telefony:	698691619		
identyfikator REGON	367581053		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	STOWARZYSZENIE ZAWODOWE RATOWNIKÓW MEDYCZNYCH "MEDYK"		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Nowa Sól/67-100/Muzealna 46		
telefon/ telefony	667226334		
Data dodania do wykazu	2021-01-15		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Zajazd Nadodrze		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Bytom Odrzański/67-115/Sadowa 4		
telefon/ telefony	724567135		
Data dodania do wykazu	2021-01-27		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 3		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**

nazwa:	Punkt Szczepień Powszechnych - Nowosolski Dom Kultury		3
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Nowa Sól/67-100/Marszałka J. Piłsudskiego 49		
telefon/ telefony	699711845		
Data dodania do wykazu	20.04.2021 r.		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 151		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	MEDRAD Praktyka Lekarska lek. Daniel Raduszewski		X
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Żagań/68-100/Nowogródzka 101a		
telefon/ telefony:	602 650 949		
identyfikator REGON	971246290		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	MEDRAD Praktyka Lekarska lek. Daniel Raduszewski		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Zielona Góra/65-409/Bohaterów Westerplatte 23		
telefon/ telefony	602 650 949		
Data dodania do wykazu	2021-01-15		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**

nazwa:	MEDRAD Praktyka Lekarska lek. Daniel Raduszewski - Punkt Szczepień Żagań Kompleks Widowiskowo-Sportowy "ARENA"		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Żagań/68-100/Kochanowskiego 6		
telefon/ telefony	602 650 949		
Data dodania do wykazu	23.03.2021 r.		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 152		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Sanocki Clinic Grzegorz Sanocki		X
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Gorzów Wlkp./66-400/Warszawska 28		
telefon/ telefony:	600664993		
identyfikator REGON	211202996		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Sanocki Clinic Grzegorz Sanocki		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Gorzów Wlkp./66-400/Warszawska 28		
telefon/ telefony	692793736		
Data dodania do wykazu	2021-01-15		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 153		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**

nazwa:	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Centrum Leczenia Dzieci i Młodzieży w Zaborze		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Zabór/ 66-003/Zamkowa 1		
telefon/ telefony:	68 321 80 08		
identyfikator REGON	970774176		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Izba Przyjęć	**P**	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Zabór/ 66-003/Zamkowa 1		
telefon/ telefony	68 321 80 08		
Data dodania do wykazu	2021-01-15		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 154		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Kolejarz"		X
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kostrzyn nad Odrą/66-470/Solidarności 2		
telefon/ telefony:	95 752 52 23		
identyfikator REGON	210161143		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**

nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Kolejarz"		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kostrzyn nad Odrą/66-470/Solidarności 2		
telefon/ telefony	95 752 52 23		
Data dodania do wykazu	2021-01-27		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 155		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	PRZYCHODNIA LEKARSKA "RODZINNA" W. SZLĘK-KRÓLIKOWSKA & A. SZUMKOWSKA SPÓŁKA JAWNA		X
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Zielona Góra/65-735/Stefana Batorego 126a		
telefon/ telefony:	609 665 655		
identyfikator REGON	365405560		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Przychodnia Lekarska"Rodzinna"		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Zielona Góra/65-735/Stefana Batorego 126a		
telefon/ telefony	68 888 02 60		
Data dodania do wykazu	2021-01-27		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 156		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**

nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PRAKTYKA LEKARZA RODZINNEGO MAŁGORZATA GANECKA		X
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Konotop/67-416/Polna 1		
telefon/ telefony:	68 352 42 79		
identyfikator REGON	970068656		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PRAKTYKA LEKARZA RODZINNEGO MAŁGORZATA GANECKA		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Konotop/67-416/Polna 1		
telefon/ telefony	68 352 42 79		
Data dodania do wykazu	2021-01-27		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 157		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	CENTRUM MEDYCZNE DORMED		X
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SULECHÓW/66-100/BANKOWA 1		
telefon/ telefony:	685 065 222		
identyfikator REGON	8029650900023		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**

nazwa:	CENTRUM MEDYCZNE DORMED		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SULECHÓW/66-100/BANKOWA 1		
telefon/ telefony	685065222		
Data dodania do wykazu	03.02.2021 r.		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	CENTRUM MEDYCZNE DORMED		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	SULECHÓW/66-100/Al. Niepodległości 15		
telefon/ telefony	685065222		
Data dodania do wykazu	16.02.2021 r.		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 158		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Paramedic24 Sp. z o.o.		X
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Gorzów Wlkp./66-400/Koniawska 30B		
telefon/ telefony:	601 631 484		
identyfikator REGON	32148205100029		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**

nazwa:	Ośrodek Zdrowia Krasowiec		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Krasowiec/66-425/Krasowiec 29		
telefon/ telefony	577199848		
Data dodania do wykazu	05.02.2021 r.		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt Szczepień Powszechnych - Szkoła Podstawowa		3
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Bogdaniec/66-400/Pocztowa 7		
telefon/ telefony	577199484		
Data dodania do wykazu	20.04.2021 r.		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 3		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt Szczepień Powszechnych - MGOKSiR w Nowogrodzie Bobrzańskim		4
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Nowogród Bobrzański/66-010/Pocztowa 7		
telefon/ telefony	577199484		
Data dodania do wykazu	21.04.2021 r.		
Data wykreślenia z wykazu			

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 159		szczepienie personelu	szczepienie populacyjne
nazwa:	Szpital Rehabilitacyjno - Leczniczy dla Dzieci SPZOZ w Wojnowie		X
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Wojnowo/66-120/Wojnowo 7A		
telefon/ telefony:	683525023		
identyfikator REGON	97074263800025		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Szpital Rehabilitacyjno - Leczniczy dla Dzieci SPZOZ w Wojnowie		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Wojnowo/66-120/Wojnowo 7A		
telefon/ telefony	728722158		
Data dodania do wykazu	09.02.2021 r.		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 160		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	NZOZ ENDOMED Buszkiewicz, Gabryniewski spółka jawna		X
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Gorzów Wlkp./66-400/Obotrycka 8		
telefon/ telefony:	957202036; 95 7202060		
identyfikator REGON	80050814		

Miejsce udzielania świadczeń 1		szczepienie personelu *	liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	NZOZ ENDOMED Buszkiewicz, Gabryniewski spółka jawna		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Gorzów Wlkp./66-400/Obotrycka 8		
telefon/ telefony	730 630 082		
Data dodania do wykazu	2021-02-12		
Data wykreślenia z wykazu			

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 161		szczepienie personelu	szczepienie populacyjne
nazwa:	Magdalena Grzesiak-EM-MED		X
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Skwierzyna/66-440/Niepodległości 1		
telefon/ telefony:	723353069		
identyfikator REGON	81006531		

Miejsce udzielania świadczeń 1		szczepienie personelu *	liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Magdalena Grzesiak-EM-MED		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Sulęcin/69-200/Kościuszki 24A		
telefon/ telefony	523245268		
Data dodania do wykazu	2021-02-12		
Data wykreślenia z wykazu			

Miejsce udzielania świadczeń 2		szczepienie personelu *	liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Magdalena Grzesiak-EM-MED		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Skwierzyna/66-440/Niepodległości 1		
telefon/ telefony	957287225		
Data dodania do wykazu	2021-02-26		
Data wykreślenia z wykazu			

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 162		szczepienie personelu	szczepienie populacyjne
nazwa:	Dental-Med.		X
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Bytom Odrzański/67-115/Kożuchowska 3		
telefon/ telefony:	608045139		
identyfikator REGON	08044768700028		

Miejsce udzielania świadczeń 1		szczepienie personelu *	liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Dental-Med.		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Bytom Odrzański/67-115/Kożuchowska 3		
telefon/ telefony	791306910		
Data dodania do wykazu	2021-02-16		
Data wykreślenia z wykazu			

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 163		szczepienie personelu	szczepienie populacyjne
nazwa:	Zespół Rehabilitacji Dzieci i Młodzieży Niepełnosprawnej "PROMYK" SP ZOZ		X
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Zielona Góra/65-301/Głowackiego 8a		
telefon/ telefony:	68 453 62 82		
identyfikator REGON	971285918		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Zespół Rehabilitacji Dzieci i Młodzieży Niepełnosprawnej "PROMYK" SP ZOZ		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Zielona Góra/65-409/Westerplatte 23		
telefon/ telefony	881452519		
Data dodania do wykazu	2021-02-22		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 164		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Przychodnia Rejonowo Specjalistyczna ZDROWIE Gabryniewski Spółka Jawna		X
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Gorzów Wlkp./66-400/Wełniany Rynek 1/9		
telefon/ telefony:	95 758 01 17		
identyfikator REGON	81090046		

Miejsce udzielania świadczeń 1		szczepienie personelu *	liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Przychodnia Rejonowo Specjalistyczna ZDROWIE Gabryniewski Sp. J. Poradnia (gabinet) lekarza poz		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Słubice/69-100/Mickiewicza 6/7		
telefon/ telefony	95 758 01 17		
Data dodania do wykazu	2021-02-22		
Data wykreślenia z wykazu			

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 165		szczepienie personelu	szczepienie populacyjne
nazwa:	ALEXA-MED AGNIESZKA JOCZ GABINETY STOMATOLOGICZNE		X
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kożuchów/67-120/Kraszewskiego 16/2		
telefon/ telefony:	669355209		
identyfikator REGON	80401774		

Miejsce udzielania świadczeń 1		szczepienie personelu *	liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	ALEXA-MED AGNIESZKA JOCZ GABINETY STOMATOLOGICZNE		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	BABIMOST/66-110/Plac Powstańców Wlkp. 9		
telefon/ telefony	724 101 212		
Data dodania do wykazu	2021-02-26		
Data wykreślenia z wykazu			

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 166		szczepienie personelu	szczepienie populacyjne
nazwa:	EN-MED Ryszard Niedzielski Gabinety Stomatologiczne		X
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kożuchów/67-120/Obywatelska 5		
telefon/ telefony:	606106849		
identyfikator REGON	97002066100059		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	EN-MED Ryszard Niedzielski Gabinety Stomatologiczne		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kożuchów/67-120/Obywatelska 5		
telefon/ telefony	683 552 547		
Data dodania do wykazu	04.03.2021 r.		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 167		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	NZOZ „DENTICO” PORADNIA STOMATOLOGICZNA ANNAPATRYCJA HAMPEL SMOLIŃSKA		X
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Czerwieńsk/66-016/Zielonogórska 2		
telefon/ telefony:	601 775 661 , 68 3278037		
identyfikator REGON	97068911100022		

Miejsce udzielania świadczeń 1		szczepienie personelu *	liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	NZOZ DENTICO		2
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Czerwieńsk/66-016/Zielonogórska 2		
telefon/ telefony	683 278 037		
Data dodania do wykazu	15.03.2021 r.		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 168		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Fundacja „Nasze Zdrowie”		X
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Gorzów Wielkopolski/66-400/Walczaka 23E		
telefon/ telefony:	957 332 661		
identyfikator REGON	21004505200028		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Specjalistyczny Zakład Medyczny Fundacji „Nasze Zdrowie” NZOZ		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Gorzów Wielkopolski/66-400/Walczaka 23E		
telefon/ telefony	798 791 208		
Data dodania do wykazu	15.03.2021 r.		
Data wykreślenia z wykazu			

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 169		szczepienie personelu	szczepienie populacyjne
nazwa:	Indywidualna Praktyka Dentystyczna Michał Puciło		X
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Zielona Góra/65-943/Słowacka 6c/12		
telefon/ telefony:	690 990 500		
identyfikator REGON	362729522		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Stomatologia Puciło		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Zielona Góra/65-943/Słowacka 6c/12		
telefon/ telefony	533 733 003		
Data dodania do wykazu	19.03.2021 r.		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 170		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	WOJSKOWA SPECJALISTYCZNA PRZYCHODNIA LEKARSKA - SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W GORZOWIE WLKP.		X
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Gorzów Wielkopolski/66-400/Sienkiewicza 10-11		
telefon/ telefony:	957 281 237		
identyfikator REGON	21096334500025		

Miejsce udzielania świadczeń 1		szczepienie personelu *	liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	WOJSKOWA SPECJALISTYCZNA PRZYCHODNIA LEKARSKA SP ZOZ		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Gorzów Wielkopolski/66-400/Sienkiewicza 10-11		
telefon/ telefony	957 281 237		
Data dodania do wykazu	31.03.2021 r.		
Data wykreślenia z wykazu			

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 171		szczepienie personelu	szczepienie populacyjne
nazwa:	Centrum Medyczne "Nowa 5" Sp. z o.o.		X
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Gorzów Wielkopolski/66-400/Nowa 5		
telefon/ telefony:	+48697970134		
identyfikator REGON	8117758600020		

Miejsce udzielania świadczeń 1		szczepienie personelu *	liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Centrum Medyczne "Nowa 5" Sp. z o.o.		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Gorzów Wielkopolski/66-400/Nowa 5		
telefon/ telefony	+48737168074		
Data dodania do wykazu	16.04.2021 r.		
Data wykreślenia z wykazu			

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 172		szczepienie personelu	szczepienie populacyjne
nazwa:	Wiktoria-Król Sp. z o.o.		X
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Radzyń/67-410/Słoneczna 51		
telefon/ telefony:	68 35 66 018, 608673192		
identyfikator REGON	971293326		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt Szczepień Powszechnych - Ośrodek Rehabilitacyjno-Wypoczynkowy "Wiktoria-Król" w Radzyniu		**2**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Radzyń/67-410/Słoneczna 51		
telefon/ telefony	888 239 622		
Data dodania do wykazu	19.04.2021 r.		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 173		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	SZPAK-ART Mariusz Szpakowski		X
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Rzepin/69-110/Juliusza Słowackiego 35B/5		
telefon/ telefony:	608106160		
identyfikator REGON	362627738		

Miejsce udzielania świadczeń 1		szczepienie personelu *	liczba zespołów (w miejscu)
nazwa:	Punkt Szczepień Powszechnych - Nowa Dent Gabinet Stomatologa w Sulęcinie		1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Sulęcin/69-200/Przemysłowa 26		
telefon/ telefony	608 106 160		
Data dodania do wykazu	20.04.2021 r.		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 2		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt Szczepień Powszechnych - Miejski Dom Kultury		2
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Rzepin/69-110/Słubicka 17		
telefon/ telefony	608 106 160		
Data dodania do wykazu	20.04.2021 r.		
Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 3		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt Szczepień Powszechnych - Sala Gimnastyczna w Szkole Podstawowej		2
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Niedoradz/67-106/Markiewiczowej 7		
telefon/ telefony	608 106 160		
Data dodania do wykazu	22.04.2021 r.		

Data wykreślenia z wykazu			
Miejsce udzielania świadczeń 4		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt Szczepień Powszechnych - Świetlica		**2**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Stary Żagań/68-100/Stary Żagań 6		
telefon/ telefony	608 106 160		
Data dodania do wykazu	22.04.2021 r.		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 174		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Praktyka Lekarska Tomasz Szatkowski		X
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Gorzów Wielkopolski/66-400/Ignacego Paderewskiego 62/3		
telefon/ telefony:	606210227		
identyfikator REGON	81111297		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt Szczepień Powszechnych - Lodowisko CSR Słowianka		**2**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Gorzów Wielkopolski/66-400/Słowiańska 14		
telefon/ telefony	506 664 993		
Data dodania do wykazu	21.04.2021 r.		

Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 175		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Indywidualna Praktyka Stomatologiczna Agnieszka Cholewa		X
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Cybinka/69-108/Słubicka 5		
telefon/ telefony:	506137768		
identyfikator REGON	320308894		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt Szczepień Powszechnych - Świetlica		**2**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Bieganów/69-108/Bieganów 11		
telefon/ telefony	783 460 735		
Data dodania do wykazu	21.04.2021 r.		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 176		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	GPP CORDA Radziszewski i Partnerzy Sp.P		X
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Żagań/68-100/Kochanowskiego 15/1		
telefon/ telefony:	504102675		

identyfikator REGON	80490602		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt Szczepień Powszechnych - Sala gimnastyczna		**3**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Iłowa/68-120/Piaskowa 2b		
telefon/ telefony	683 775 821		
Data dodania do wykazu	22.04.2021 r.		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 177		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Indywidualna Praktyka Lekarska Jędrzej Przygodzki		X
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Międzyrzecz/66-300/Lipowa 6a/6		
telefon/ telefony:	694284884		
identyfikator REGON	081092973-0000		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt Szczepień Powszechnych - Gminny Ośrodek Kultury		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Wojcieszyce/66-415/Wspólna 45		
telefon/ telefony	694 284 884		

Data dodania do wykazu	23.04.2021 r.		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 178		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	POMAGAM Usługi pielęgniarskie Spółka Jawna K.Bulwan, S.Wrotecka		X
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Strzelce Krajeńskie/66-500/Tadeusza Kościuszki 28		
telefon/ telefony:	664 049 291		
identyfikator REGON	8029374100029		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Punkt Szczepień Powszechnych - Strzelecki Ośrodek Kultury		**2**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Strzelce Krajeńskie/66-500/Wojska Polskiego 7		
telefon/ telefony	792665001; 731066500		
Data dodania do wykazu	23.04.2021 r.		
Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 179		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej "MEDKOL"		X
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Zielona Góra/65-020/Plac Kolejarza 1		
telefon/ telefony:	684 521 558		
identyfikator REGON	971270615		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej "MEDKOL"		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Zielona Góra/65-020/Plac Kolejarza 1		
telefon/ telefony	68 452 15 63		
Data dodania do wykazu	28.04.2021 r.		

Data wykreślenia z wykazu			
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 180		**szczepienie personelu**	**szczepienie populacyjne**
nazwa:	Małgorzata Chrzanowska		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Słońsk/66-436/Sikorskiego 19A		X
telefon/ telefony:	957 572 217		
identyfikator REGON	080010588		
Miejsce udzielania świadczeń 1		**szczepienie personelu ***	**liczba zespołów (w miejscu)**
nazwa:	" NASZE ZDROWIE "		**1**
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Słońsk/66-436/Puszkina 22		
telefon/ telefony	957 572 217		
Data dodania do wykazu	14.05.2021 r.		
Data wykreślenia z wykazu			

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

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

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 1	
nazwa:	Krystyna Ichnowska Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Praktyka Lekarza Rodzinnego
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Lubsko/68-300/Emilli Plater 1
telefon/ telefony:	683723000
identyfikator REGON	97006688700073
Miejsce udzielania świadczeń 1 (obszar)	**liczba zespołów: 1**
obszar działania:	Zielonogórski, m. Zielona Góra, Krośnieński, Żarski, Żagański, Nowosolski, Wschowski
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 2	
nazwa:	Stowarzyszenie Zawodowe Ratowników Medycznych MEDYK
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Nowa Sól/67-100/Muzealna 46
telefon/ telefony:	698691619
identyfikator REGON	36758105300017
Miejsce udzielania świadczeń 1 (obszar)	**liczba zespołów: 1**
obszar działania:	Zielonogórski, m. Zielona Góra, Krośnieński, Żarski, Żagański, Nowosolski, Wschowski
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 3	
nazwa:	Paramedic24 Sp. zo.o.
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Gorzów Wielkopolski/66-400/Koniawska 30B
telefon/ telefony:	577199848

identyfikator REGON	32148205100029
Miejsce udzielania świadczeń 1 (obszar)	**liczba zespołów: 2**
obszar działania:	Strzelecko-Drezdenecki, Gorzowski, m. Gorzów Wielkopolski, Międzyrzecki, Sulęciński, Słubicki, Świebodziński
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 4	
nazwa:	Aldemed Centrum Medyczne Sp. z o.o.
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Zielona Góra/65-048/Al. Niepodległości 1
telefon/ telefony:	683530600
identyfikator REGON	36337751600047
Miejsce udzielania świadczeń 1 (obszar)	**liczba zespołów: 1**
obszar działania:	Zielonogórski, m. Zielona Góra, Krośnieński, Żarski, Żagański, Nowosolski, Wschowski

Wykaz podmiotów wykonujących działalność leczniczą realizujących szczepienia przeciw COVID-19 - tymczasowe punkty szczepień

Przyczyna utworzenia tymczasowego punktu szczepień przeciw COVID-19	np. Zaszczepienie osób z przewlekłą niewydolnością nerek w stacji dializ	
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 1		
nazwa:	DAVITA Sp. z o.o.	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Wrocław/54-202/Legnicka 48 BUD. F	
telefon/ telefony:	71 342 98 50	
identyfikator REGON	145884498	
Miejsce udzielania świadczeń 1		**liczba zespołów**
nazwa:	Stacja Dializ Drezdenko	1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Drezdenko/66-530/Piłsudskiego 8	
telefon/ telefony	95 76 38 321	
Data dodania do wykazu	08.03.2021r.	
Data wykreślenia z wykazu		
Miejsce udzielania świadczeń 2		**liczba zespołów**
nazwa:	Stacja Dializ Żary	1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Żary/68-200/Bohaterów Getta 13	
telefon/ telefony	68 36 36 721	
Data dodania do wykazu	08.03.2021r.	
Data wykreślenia z wykazu		
Miejsce udzielania świadczeń 3		**liczba zespołów**
nazwa:	Stacja Dializ Świebodzin	1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Świebodzin/66-200/Młyńska 7	
telefon/ telefony	68 38 20 650	
Data dodania do wykazu	10.03.2021r.	
Data wykreślenia z wykazu		
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 2		
nazwa:	Fresenius Nephrocare Polska Sp. z o.o.	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Poznań/60-118/Krzywa 13	
telefon/ telefony:	61 83 92 662	
identyfikator REGON	634254014	
Miejsce udzielania świadczeń 1		**liczba zespołów**
nazwa:	Ośrodek Dializ nr 11 w Kostrzynie nad Odrą	1
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kostrzyn nad Odrą/66-470/Narutowicza 8	
telefon/ telefony	781440179	
Data dodania do wykazu	08.03.2021r.	
Data wykreślenia z wykazu		

Załącznik nr 1

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

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

Wykaz podmiotów udzielających świadczenie Dodatkowy koszt pobytu pacjenta COVID-19 niezawarty w kosztach JGP

Podmiot wykonujący działalność leczniczą	rodzaj i zakres realizowanych świadczeń
	świadczenia udzielane na podstawie umów o udzielanie świadczeń
Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej	X
Data dodania do wykazu	2021-03-23
Data wykreślenia z wykazu	
Świadczeniodawcy udzielający świadczeń na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń leczenie szpitalne	X
Data dodania do wykazu	2021-03-23
Data wykreślenia z wykazu	

Wykaz podmiotów wykonujących działalność leczniczą realizujących rehabilitację świadczeniobiorcy po przebytej chorobie COVID-19

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 1		**zakład lecznictwa uzdrowiskowego**	**podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym**	**podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych**	**podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych**
nazwa:	Szpital Rehabilitacyjno-Leczniczy dla Dzieci Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Wojnowie				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kargowa/66-120/Wojnowo 7A				
telefon/ telefony:	68 352 50 23				
identyfikator REGON	970742638				
Miejsce udzielania świadczeń 1		**zakład lecznictwa uzdrowiskowego**	**podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym**	**podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych**	**podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych**
nazwa:	Oddział Rehabilitacji dla Dzieci		X		
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kargowa/66-120/Wojnowo 7a				
telefon/ telefony	68 352 50 23				
Data dodania do wykazu	2021-04-22				
Data wykreślenia z wykazu					
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 2		**zakład lecznictwa uzdrowiskowego**	**podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym**	**podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych**	**podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych**

nazwa:	Nowy Szpital w Kostrzynie nad Odrą Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kostrzyn nad Odrą/66-470/Gabriela Narutowicza 6				
telefon/ telefony:	41 240 18 82				
identyfikator REGON	080188702				
Miejsce udzielania świadczeń 1		**zakład lecznictwa uzdrowiskowego**	**podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym**	**podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych**	**podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych**
nazwa:	Oddział Rehabilitacji				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kostrzyn nad Odrą/66-470/Gabriela		**X**		
telefon/ telefony	41 240 18 82				
Data dodania do wykazu	2021-04-22				
Data wykreślenia z wykazu					
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 3		**zakład lecznictwa uzdrowiskowego**	**podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym**	**podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych**	**podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych**
nazwa:	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Sulechowie				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Sulechów/66-100/Zwycięstwa 1				
telefon/ telefony:	797606276				
identyfikator REGON	000310396				
Miejsce udzielania świadczeń 1		**zakład lecznictwa uzdrowiskowego**	**podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym**	**podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych**	**podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych**
nazwa:	Oddział Rehabilitacji				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Sulechów/66-100/Al. Niepodległości 19		**X**		
telefon/ telefony	797606276				
Data dodania do wykazu	2021-04-22				
Data wykreślenia z wykazu					
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 4		**zakład lecznictwa uzdrowiskowego**	**podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym**	**podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych**	**podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych**
nazwa:	Wielospecjalistyczny Szpital Wojewódzki w Gorzowie Wlkp. Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Gorzów Wielkopolski/66-400/Jana Dekerta 1				
telefon/ telefony:	95 733 12 23				
identyfikator REGON	211228381				
Miejsce udzielania świadczeń 1		**zakład lecznictwa uzdrowiskowego**	**podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym**	**podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych**	**podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych**
nazwa:	Oddział Rehabilitacji				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Gorzów Wielkopolski/66-400/Franciszka Walczaka 42		**X**		
telefon/ telefony	95 733 12 03				
Data dodania do wykazu	2021-04-23				
Data wykreślenia z wykazu					

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 5		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ REH-MED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Żagań/66-100/Jarzębinowa 3				
telefon/ telefony:	68 477 69 11				
identyfikator REGON	971235694				
Miejsce udzielania świadczeń 1		**zakład lecznictwa uzdrowiskowego**	**podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym**	**podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych**	**podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych**
nazwa:	Pracownia fizjoterapii				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Żagań/66-100/Jarzębinowa 3			X	
telefon/ telefony	68 477 69 11				
Data dodania do wykazu	2021-05-04				
Data wykreślenia z wykazu					

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 6		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	"PRESPO" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Słubice/69-100/Bohaterów Warszawy 3				
telefon/ telefony:	95 758 32 53				
identyfikator REGON	081052324				
Miejsce udzielania świadczeń 1		**zakład lecznictwa uzdrowiskowego**	**podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym**	**podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych**	**podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych**
nazwa:	Zakład Usług Medycznych Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "PRESPO" Spółka z Ograniczoną Odpowiedzialnością			X	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Słubice/69-100/Bohaterów Warszawy 3				
telefon/ telefony	95 758 36 66, 95 758 32 53				
Data dodania do wykazu	2021-05-04				
Data wykreślenia z wykazu					

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 7		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	Zakład Rehabilitacji Leczniczej				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Lubsko/68-300/Henryka Sucharskiego 6A				
telefon/ telefony:	68 372 00 88				
identyfikator REGON	970491640				
Miejsce udzielania świadczeń 1		**zakład lecznictwa uzdrowiskowego**	**podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym**	**podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych**	**podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych**
nazwa:	Dział fizjoterapii			X	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Lubsko/68-300/Henryka Sucharskiego 6A				

telefon/ telefony	68 372 00 88				
Data dodania do wykazu	2021-05-05				
Data wykreślenia z wykazu					
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 8		**zakład lecznictwa uzdrowiskowego**	**podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym**	**podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych**	**podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych**
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Zakład Rehabilitacji i Fizykoterapii "ALFA" s.c.				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Żagań/68-100/Dworcowa 49				
telefon/ telefony:	68 477 69 77				
identyfikator REGON	971235820				
Miejsce udzielania świadczeń 1		**zakład lecznictwa uzdrowiskowego**	**podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym**	**podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych**	**podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych**
nazwa:	Dział fizjoterapii			**X**	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Żagań/68-100/Dworcowa 49				
telefon/ telefony	68 477 69 77				
Data dodania do wykazu	2021-05-05				
Data wykreślenia z wykazu					
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 9		**zakład lecznictwa uzdrowiskowego**	**podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym**	**podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych**	**podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych**
nazwa:	Specjalistyczny Zakład Medyczny Fundacji " NASZE ZDROWIE " Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Gorzów Wielkopolski/66-400/Franciszka Walczaka 23E				
telefon/ telefony:	95 733 26 61				
identyfikator REGON	210045052				
Miejsce udzielania świadczeń 1		**zakład lecznictwa uzdrowiskowego**	**podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym**	**podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych**	**podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych**
nazwa:	Dział fizjoterapi			**X**	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Gorzów Wielkopolski/66-400/Franciszka Walczaka 23E				
telefon/ telefony	95 733 26 85				
Data dodania do wykazu	2021-05-05				
Data wykreślenia z wykazu					
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 10		**zakład lecznictwa uzdrowiskowego**	**podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym**	**podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych**	**podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych**
nazwa:	Gevorgyan-Kondycka Knkush Centrum Rehabilitacyjne				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Żary/66-200/Głogowska 5A				
telefon/ telefony:	792 399 577				
identyfikator REGON	080439140				

Miejsce udzielania świadczeń 1		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	Zespół rehabilitacji domowej				X
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Żary/66-200/Głogowska 5A				
telefon/ telefony	792 399 577				
Data dodania do wykazu	2021-05-05				
Data wykreślenia z wykazu					

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 11		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	STOWARZYSZENIE "OTWARTE SERCA"				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Sulechów/66-100/Brzezie k.Sulechowa 2				
telefon/ telefony:	68 385 35 57				
identyfikator REGON	080219897				

Miejsce udzielania świadczeń 1		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	Zespół Rehabilitacji Domowej				X
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Sulechów/66-100/al. Niepodległosci 15				
telefon/ telefony	601 479 530				
Data dodania do wykazu	2021-05-05				
Data wykreślenia z wykazu					

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 12		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	ZAKŁAD FIZJOTERAPII "ARTEM" SPÓŁKA CYWILNA AGNIESZKA PATAN, EDYTA JASMAN-JOCZ				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Zielona Góra/65-536 /Stefana Wyszyńskiego 99				
telefon/ telefony:	68 323 06 58				
identyfikator REGON	971223751				

Miejsce udzielania świadczeń 1		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	Dział fizjoterapii			X	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Zielona Góra/65-536/Stefana Wyszyńskiego 99				
telefon/ telefony	68 323 06 58				
Data dodania do wykazu	2021-05-10				
Data wykreślenia z wykazu					

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 13		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Rehabilitacyjna Vital				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Zwierzyn/66-542/Rzekcin 5				
telefon/ telefony:	724 924 172				
identyfikator REGON	080005311				
Miejsce udzielania świadczeń 1		**zakład lecznictwa uzdrowiskowego**	**podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym**	**podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych**	**podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych**
nazwa:	Dział fizjoterapii			X	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Strzelce Krajeńskie/66-500/Wodociagowa 14c				
telefon/ telefony	512 928 080				
Data dodania do wykazu	2021-05-10				
Data wykreślenia z wykazu					
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 14		**zakład lecznictwa uzdrowiskowego**	**podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym**	**podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych**	**podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych**
nazwa:	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ - OŚRODEK REHABILITACJI LECZNICZEJ				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Nowa Sól/67-100/Kościuszki 27				
telefon/ telefony:	68 387 23 46				
identyfikator REGON	970704313				
Miejsce udzielania świadczeń 1		**zakład lecznictwa uzdrowiskowego**	**podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym**	**podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych**	**podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych**
nazwa:	Fizjoterapia ambulatoryjna			X	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Nowa Sól/67-100/Kościuszki 27				
telefon/ telefony	68 387 23 46				
Data dodania do wykazu	2021-05-10				
Data wykreślenia z wykazu					
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 15		**zakład lecznictwa uzdrowiskowego**	**podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym**	**podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych**	**podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych**
nazwa:	WIKTORIA KRÓL Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Sława/67-410/Radzyń/Słoneczna 51				
telefon/ telefony:	68 35 66 018, 608 673 192				
identyfikator REGON	971293326				

Miejsce udzielania świadczeń 1		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	Dział (pracownia) fizjoterapii			X	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Radzyń/67-410/Słoneczna 51				
telefon/ telefony	68 356 60 18				
Data dodania do wykazu	2021-05-10				
Data wykreślenia z wykazu					

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 16		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	GORZOWSKA LECZNICA SPECJALISTYCZNA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Gorzów Wielkopolski/66-400/marsz. Józefa Piłsudskiego 1B				
telefon/ telefony:	95 732 12 86				
identyfikator REGON	210025581				

Miejsce udzielania świadczeń 1		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	Dział fizjoterapii			X	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Gorzów Wielkopolski/66-400/marsz. Józefa Piłsudskiego 1B				
telefon/ telefony	95 725 91 07				
Data dodania do wykazu	2021-05-10				
Data wykreślenia z wykazu					

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 17		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	BTZ KOWAL REHABILITACJA SPÓŁKA JAWNA				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Drezdenko/66-530/Norwida 4				
telefon/ telefony:	95 763 81 01				
identyfikator REGON	361116154				

Miejsce udzielania świadczeń 1		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	Dział fizjoterapii			X	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Drezdenko/66-530/Norwida 4				
telefon/ telefony	95 763 81 01, 698 760 064				

Data dodania do wykazu	2021-05-10				
Data wykreślenia z wykazu					
Miejsce udzielania świadczeń 2		**zakład lecznictwa uzdrowiskowego**	**podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym**	**podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych**	**podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych**
nazwa:	Dział fizjoterapii			**X**	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Osów/66-530/Osów 62				
telefon/ telefony	95 762 59 83, 698 760 064				
Data dodania do wykazu	2021-05-10				
Data wykreślenia z wykazu					
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 18		**zakład lecznictwa uzdrowiskowego**	**podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym**	**podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych**	**podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych**
nazwa:	NZOZ SPECJALISTYCZNE CENTRUM MEDYCZNE MARIA JAMROZIK				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Żary/68-200/Henryka Wieniawskiego 3 B				
telefon/ telefony:	68 374 58 94				
identyfikator REGON	006100872				
Miejsce udzielania świadczeń 1		**zakład lecznictwa uzdrowiskowego**	**podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym**	**podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych**	**podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych**
nazwa:	Dział fizjoterapii			**X**	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Żary/68-200/Henryka Wieniawskiego 3 B				
telefon/ telefony	68 375 96 67				
Data dodania do wykazu	2021-05-10				
Data wykreślenia z wykazu					
Podmiot wykonujący działalność leczniczą 19		**zakład lecznictwa uzdrowiskowego**	**podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym**	**podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych**	**podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych**
nazwa:	SZPITAL MIĘDZYRZECKI SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Miedzyrzecz/66-300/Komstytucji 3 Maja 35				
telefon/ telefony:	95 742 82 07				
identyfikator REGON	210368418				
Miejsce udzielania świadczeń 1		**zakład lecznictwa uzdrowiskowego**	**podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym**	**podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych**	**podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych**
nazwa:	Dział Fizjoterapii			**X**	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Miedzyrzecz/66-300/Komstytucji 3 Maja 35				
telefon/ telefony	95 742 82 78				
Data dodania do wykazu	2021-05-10				
Data wykreślenia z wykazu					

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 20		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	PRZYCHODNIA REHABILITACYJNA "NAD ŁAŹNIĄ" IRENA WOLTER-JĘDRUSIAK, MIROSŁAWA ZAGÓRSKA-WICIAK SPÓŁKA JAWNA				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Gorzów Wielkopolski/66-400/Władysława Jagiełły 11				
telefon/ telefony:	95 722 48 74				
identyfikator REGON	211055510				
Miejsce udzielania świadczeń 1		**zakład lecznictwa uzdrowiskowego**	**podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym**	**podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych**	**podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych**
nazwa:	Dział fizjoterapii			X	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Gorzów Wielkopolski/66-400/Władysława Jagiełły 11				
telefon/ telefony	95 722 48 74				
Data dodania do wykazu	2021-05-17				
Data wykreślenia z wykazu					

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 21		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ SZPITAL IM. PROFESORA ZBIGNIEWA RELIGI W SŁUBICACH SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Słubice/69-100/Nadodrzańska 6				
telefon/ telefony:	95 758 20 71				
identyfikator REGON	080445872				
Miejsce udzielania świadczeń 1		**zakład lecznictwa uzdrowiskowego**	**podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym**	**podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych**	**podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych**
nazwa:	Dział Fizjoterapii w Słubicach			X	
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Słubice/69-100/Nadodrzańska 6				
telefon/ telefony	95 758 20 71 wew. 362				
Data dodania do wykazu	2021-05-17				
Data wykreślenia z wykazu					

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 22		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	ZGROMADZENIE SIÓSTR ŚW.ELŻBIETY PROWINCJA POZNAŃSKA				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Poznań/61-878/ Łąkowa 1				
telefon/ telefony:	61 852 46 48				
identyfikator REGON	040008832				

Miejsce udzielania świadczeń 1		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	Dział fizjoterapii				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Zielona Góra/65-075/Plac Powstańców Wielkopolskich 4			X	
telefon/ telefony	68 325 40 98				
Data dodania do wykazu	2021-05-17				
Data wykreślenia z wykazu					

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 23		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	EURO-MED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Tychy/43-100/Alfonsa Zgrzebnioka 22				
telefon/ telefony:	32 329 61 52				
identyfikator REGON	240247306				

Miejsce udzielania świadczeń 1		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	Zespół rehabilitacji domowej				X
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Gorzów Wielkopolski/66-400/Jana Dekerta 59b				
telefon/ telefony	665 553 460				
Data dodania do wykazu	2021-05-17				
Data wykreślenia z wykazu					

Miejsce udzielania świadczeń 2		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	Zespół rehabilitacji domowej				X
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Kostrzyn nad Odrą/66-470/Kardynała Stefana Wyszyńskiego 23A				
telefon/ telefony	667 887 729				
Data dodania do wykazu	2021-05-17				
Data wykreślenia z wykazu					

Miejsce udzielania świadczeń 3		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	Zespół rehabilitacji domowej				X
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Skwierzyna/66-440/Szpitalna 5				
telefon/ telefony	667 887 729				
Data dodania do wykazu	2021-05-17				
Data wykreślenia z wykazu					

Miejsce udzielania świadczeń 4		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	Zespół rehabilitacji domowej				X
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Świebodzin/66-200/Wałowa 14C				
telefon/ telefony	667 887 729				
Data dodania do wykazu	2021-05-17				
Data wykreślenia z wykazu					

Miejsce udzielania świadczeń 5		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	Zespół rehabilitacji domowej				X
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Torzym/66-235/Wojska Polskiego 52/24				
telefon/ telefony	667 887 729, 665 553 460				
Data dodania do wykazu	2021-05-17				
Data wykreślenia z wykazu					

Miejsce udzielania świadczeń 6		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	Zespół rehabilitacji domowej				X
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Słubice/69-100/Wojska Polskiego 55A				
telefon/ telefony	667 887 729, 665 553 460				
Data dodania do wykazu	2021-05-17				
Data wykreślenia z wykazu					

Miejsce udzielania świadczeń 7		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	Zespół rehabilitacji domowej				X
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Krosno Odrzańskie/66-600/Bohaterów Wojska Polskiego 24				
telefon/ telefony	667 887 729, 665 553 460				
Data dodania do wykazu	2021-05-17				
Data wykreślenia z wykazu					

Podmiot wykonujący działalność leczniczą 24		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	SZPITAL UNIWERSYTECKI IMIENIA KAROLA MARCINKOWSKIEGO W ZIELONEJ GÓRZE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Zielona Góra/65-046/Zyty 26				
telefon/ telefony:	68 329 62 00				
identyfikator REGON	970773231				

Miejsce udzielania świadczeń 1		zakład lecznictwa uzdrowiskowego	podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych	podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych
nazwa:	Zespół Rehabilitacji Domowej				
adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu	Zielona Góra/65-046/Zyty 26				X
telefon/ telefony	68 329 65 43				
Data dodania do wykazu	2021-05-17				
Data wykreślenia z wykazu					