**CZĘŚĆ I.**

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

| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 1** | | **rodzaj realizowanych świadczeń** | | | | | | **Poziom zabezpieczenia COViD - 19** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | **Brzeskie Centrum Medyczne** | | | | | | | I do 31.03.2022 r. |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Brzeg/ 49-301/ Sergiusza Mossora 1 | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 77 444 65 36 | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000313437 | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| nazwa: | **Brzeskie Centrum Medyczne** | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Brzeg/ 49-301/ Sergiusza Mossora 1 | | x | | | x | x- 1 punkt -S | |
| telefon/ telefony | 77 444 65 36 | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | 07.04.2020 | 01.11.2020 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | 01.04.2022 | | | 01.04.2022 r. | 01.04.2022 | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 2** | | **rodzaj realizowanych świadczeń** | | | | | | I - do 6.12.2021r. oraz II od 17.11.2021r. do 9.03.2022 r. I poziom od 10.03.2022 r. do 31.03.2022 r. |
| nazwa: | **SP Zespół Opieki Zdrowotnej w Głubczycach** | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Głubczyce/48-100/Skłodowskiej 26 | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 77 480 11 70 | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000311579 | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| nazwa: | **SP Zespół Opieki Zdrowotnej w Głubczycach** | | x | | | x | x - S | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Głubczyce/48-100/Skłodowskiej 26 | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 77 480 11 70 | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | 07.04.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | 01.04.2022 | | | 01.04.2022 r. | 01.04.2022 | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 3** | | **rodzaj realizowanych świadczeń** | | | | | | |
| nazwa: | **SP ZOZ Zespół Opieki Zdrowotnej** | | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Głuchołazy/48-340/Marii Curie-Skłodowskiej 16 | | | | | | | I do 31.03.2022 r., II od 20.12.2021r. Do 15.02.2022r. |
| telefon/ telefony: | 77 439 15 68 | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000317665 | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| nazwa: | **SP ZOZ Zespół Opieki Zdrowotnej** | | x | | | x | x - S | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Głuchołazy/48-340/Marii Curie-Skłodowskiej 16 | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 77 439 15 68 | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | 07.04.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | 01.04.2022 | | | 1.04.2022 r. | 01.04.2022 | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 4** | | **rodzaj realizowanych świadczeń** | | | | | | I do 31.03.2022 r., II od 23.11.2021r. do 09.03.2022r. |
| nazwa: | **Stobrawskie Centrum Medyczne sp. z o.o.** | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kup/46-082/Miarki 14 | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 77 403 28 50 | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 530938517 | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| nazwa: | **Stobrawskie Centrum Medyczne sp. z o.o.** | | x | | | x | x - S | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kup/46-082/Miarki 14 | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 77 403 28 50 | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | 23.11.2021 | | | 07.04.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | 01.04.2022 | | | 01.04.2022 r. | 01.04.2022 | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 5** | | **rodzaj realizowanych świadczeń** | | | | | | I do 28.11.201 r. i od 04.03.2022 r. do 31.03.2022 r. oraz II od 16.11.2021r. do 03.03.2022 r. |
| nazwa: | **Zespół Opieki Zdrowotnej w Oleśnie** | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Olesno/46-300/Klonowa 1 | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 34 350 97 00 | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000306584 | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| nazwa: | **Zespół Opieki Zdrowotnej w Oleśnie** | | **x** | | | x | x - S | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Olesno/46-300/Klonowa 1 | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 34 350 97 00 | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | 07.04.2020 | 03.06.2020 | |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Data wykreślenia z wykazu | | | 1.04.2022 r. | | | 01.04.2022 r. | 12.08.2021 | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 6** | | **rodzaj realizowanych świadczeń** | | | | | | II od 27.11.2021r. Do 27.02.2022 r., od 28.02.2022 r. tylko I do 31.03.2022 r. |
| nazwa: | **116 Szpital Wojskowy z Przychodnią Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej** | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole /45-759/Walerego Wróbleskiego 46 | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 261-62-51-29 | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 531563611 | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| nazwa: | **116 Szpital Wojskowy z Przychodnią Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej** | | x | | | x | x - S | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole /45-759/Walerego Wróbleskiego 46 | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 261-62-51-29 | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | 07.04.2020 | 07.05.2020 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | 01.04.2022 r. | | | 01.04.2022 r. | 01.04.2022 | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 7** | | **rodzaj realizowanych świadczeń** | | | | | | I do 9.11.2021 r. i od 28.02.2022 r. do 31.03.2022 r. oraz II od 9.11.2021r. Do 27.02.2022 r. |
| nazwa: | **SP Zakład Opieki Zdrowotnej MSWiA w Opolu** | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-075/Krakowska 44 | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 77 401 11 00 | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 531163515 | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| nazwa: | **SP Zakład Opieki Zdrowotnej MSWiA w Opolu** | | x | | | x | x - S | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-075/Krakowska 44 | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 77 401 11 00 | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | 07.04.2020 | 05.06.2020, 02.11.2021 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | 01.04.2022 r. | | | 01.04.2022 r. | 06.06.2021 | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 8** | | **rodzaj realizowanych świadczeń** | | | | | | |
| nazwa: | **Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. św. Jadwigi w Opolu** | | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/ 45-221/ ul.Wodociągowa 4 | | | | | | | II od 23.11.2021r. do 1.03.2022 r., I do 31.03.2022 r. |
| telefon/ telefony: | 77 54 14 200 | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000294303 | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| nazwa: | **Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. św. Jadwigi w Opolu** | | x | | | x | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/ 45-221/ ul.Wodociągowa 4 | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 77 54 14 200 | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | 10.04.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | 01.04.2022 r. | | | 01.04.2022 r. | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 9** | | **rodzaj realizowanych świadczeń** | | | | | | I do 31.03.2022 r. |
| nazwa: | **Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Opolu** | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/ 45-401/Aleja Wincentego Witosa 26 | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 77 452 07 45 | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 530512391 | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| nazwa: | **Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Opolu** | | x | | | x | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/ 45-401/Aleja Wincentego Witosa 26 | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 77 452 07 45 | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | 07.04.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | 1.04.2022 r. | | | 01.04.2022 r. | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | szpital tymczasowy do 31.03.2022 r. |
| nazwa: | **Szpital tymczasowy** | | x | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Centrum Wystawienniczo-Kongresowe (CWK) Opole/ 45-835/ Wrocławska 158 | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 77 452 07 45 | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | 27.12.2020 | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | 01.04.2022 | | | | | |

| **Miejsce udzielania świadczeń 3 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | **Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Opolu - Oddział Anestezjologii Intensywnej Terapii** | | x | | | | | Regionalnego Centrum ECMO, II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/ 45-401/Aleja Wincentego Witosa 26 | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 77 45 20 503, 77 45 20 504, 77 45 20 302 | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | 22.04.2021 | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | 01.04.2022 | | | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 10** | | **rodzaj realizowanych świadczeń** | | | | | | II od 19.11.2021 r. do 15.03.2022 r., I do 31.03.2022 r. |
| nazwa: | **Szpital Powiatowy im. Prałata J. Glowatzkiego w Strzelcach Opolskich** | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Strzelce Opolskie/47-100/Opolska 36A | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 77 461 33 80 | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000311585 | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| nazwa: | **Szpital Powiatowy im. Prałata J. Glowatzkiego w Strzelcach Opolskich** | | x | | | x | x - S | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Strzelce Opolskie/47-100/Opolska 36A | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 77 461 33 80 | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | 07.04.2020 | 21.09.2020 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | 01.04.2022 r. | | | 01.04.2022 r. | 01.04.2022 | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 11** | | **rodzaj realizowanych świadczeń** | | | | | | |
| nazwa: | **EMC Instytut Medyczny S. A Szpital Świętego Rocha w Ozimku** | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ozimek/ 46-040/ ul. Częstochowska 31 | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 77 427 34 91 | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 933040945 | | | | | | | |

| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | I do 31.03.2022 r. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | **EMC Instytut Medyczny S. A Szpital Świętego Rocha w Ozimku** | | x | | | x | x - S | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ozimek/ 46-040/ ul. Częstochowska 31 | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 77 427 34 91 | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | 07.04.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | 01.04.2022 | | | 01.04.2022 r. | 01.04.2022 | |

| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 12** | | **rodzaj realizowanych świadczeń** | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | **Powiatowe Centrum Zdrowia S.A. w Kluczborku** | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kluczbork/46-200/Skłodowskiej-Curie 23 | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 77 417 35 00 | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 532421008 | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | I do 31.03.2022 r. |
| nazwa: | **Powiatowe Centrum Zdrowia S.A. w Kluczborku** | | **x** | | | x | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kluczbork/46-200/Skłodowskiej-Curie 23 | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 77 417 35 00 | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | 07.04.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | 01.04.2022 r. | | | 01.04.2022 r. | | |

| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 13** | | **rodzaj realizowanych świadczeń** | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | **Prudnickie Centrum Medyczne S. A w Prudniku** | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Prudnik/ 48-200/ Szpitalna 14 | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 77 406 78 00 | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 532448467 | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | II od 10.12.2021 r. do 3.03.2022 r., I do 31.03.2022 r. |
| nazwa: | **Prudnickie Centrum Medyczne S. A w Prudniku** | | x | | | x | x - S | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Prudnik/ 48-200/ Szpitalna 14 | | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| telefon/ telefony | 77 406 78 00 | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | 10.12.2021 | | | 09.04.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | 01.04.2022 | | | 01.04.2022 r. | 01.04.2022 | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 14** | | **rodzaj realizowanych świadczeń** | | | | | | I do 31.03.2022 r.<br>II poziom pediatryczny od 1.02.2022 r. do 06.03.2022r. |
| nazwa: | **Krapkowickie Centrum Zdrowia** | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Krapkowice/ 47-303/XXX-lecia 21 | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 77 4467228, 77 4467229 | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 160213499 | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| nazwa: | **Krapkowickie Centrum Zdrowia** | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Krapkowice/ 47-303/XXX-lecia 21 | | x | | | x | x- S i M | |
| telefon/ telefony | 77 4467228, 77 4467229 | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | 07.04.2020 | 01.11.2020 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | 01.04.2022 | | | 01.04.2022 r. | 01.04.2022 | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 15** | | **rodzaj realizowanych świadczeń** | | | | | | I do 31.03.2022 r. |
| nazwa: | **Namysłowskie Centrum Zdrowia S. A. NZOZ** | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Namysłów/ 46-100/ ul. Oleśnicka 10 | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 77 404 02 48 | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 160216463 | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| nazwa: | **Namysłowskie Centrum Zdrowia S. A. NZOZ** | | x | | | x | x - S | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Namysłów/ 46-100/ ul. Oleśnicka 10 | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 77 404 02 48 | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | 07.04.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | 01.04.2022 r. | | | 01.04.2022 r. | 01.04.2022 | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 16** | | **rodzaj realizowanych świadczeń** | | | | | | |
| nazwa: | **Szpital Wojewódzki w Opolu spółka z o.o.** | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-372/Augustyna Kośnego 53 | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 77 443 31 00, | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 531418151 | | | | | | | |

| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | I do 31.03.2022 r., II do 31.03.2022 r. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | **ODDZIAŁ CHORÓB ZAKAŹNYCH** | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-061/ Katowicka 64 | | x | **x** | | x | | |
| telefon/ telefony | 77 443 30 43, 77 443 30 44 | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | 14.10.2021 | | 07.04.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | 01.04.2022 | 01.04.2022 r. | | 1.04.2022 r. | | |

| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 17** | | **rodzaj realizowanych świadczeń** |
|---|---|---|
| nazwa: | **Zespół Opieki Zdrowotnej w Nysie** | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nysa/48-300/Bohaterów Warszawy 34 | |
| telefon/ telefony: | 77 408 78 30 | |
| identyfikator REGON | 000313443 | |

| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | I i II do 31.03.2022 r. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | **ODDZIAŁ OBSERWACYJNO-ZAKAŹNY** | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nysa/48-300/ Bohaterów Warszawy 34 | | x | | | x | | |
| telefon/ telefony | 77 408 79 56 | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | 07.04.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | 01.04.2022 r. | | | 1.04.2022 r. | | |

| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 18** | | **rodzaj realizowanych świadczeń** |
|---|---|---|
| nazwa: | **SP Zespół Opieki Zdrowotnej w Kędzierzynie-Koźlu** | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kędzierzyn-Koźle/47-200/ 24 Kwietnia 5 | |
| telefon/ telefony: | 77 406 25 00 | |
| identyfikator REGON | 000314661 | |

| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | I do 31.03.2022 r., II pediatria od 2.11.2021r. Do 31.03.2022 r., II poziom do 06.02.2022 r. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | **SP Zespół Opieki Zdrowotnej w Kędzierzynie-Koźlu** | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kędzierzyn-Koźle/47-200/ 24 Kwietnia 5 | | **x** | | | x | x - S | |
| telefon/ telefony | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | 07.04.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | 01.04.2022 | | | 01.04.2022 r. | 01.04.2022 | |

| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | **SP Zespół Opieki Zdrowotnej w Kędzierzynie-Koźlu** | | | | | | x - S | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kędzierzyn-Koźle/47-200/ 24 Kwietnia 5 | | | | | | | |
| telefon/ telefony | | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | 03.11.2020 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | 01.04.2022 | | | | 04.06.2021 | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 19** | | **rodzaj realizowanych świadczeń** | | | | | | II poziom od 20.12.2021r. do 09.03.2022r. |
| nazwa: | **SP ZOZ Szpital Specjalistyczny MSWiA w Głuchołazach im. św. Jana Pawła II** | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Głuchołazy/48-340/M.Karłowicza 40 | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 77 439 16 14 | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 531172135 | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| nazwa: | **SP ZOZ Szpital Specjalistyczny MSWiA w Głuchołazach im. św. Jana Pawła II** | | **x** | | | x | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Głuchołazy/48-340/M.Karłowicza 40 | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 77 439 16 14 | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | 20.12.2021 | | | 07.04.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | 09.03.2022r. | | | 01.04.2022 r. | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 20** | | **rodzaj realizowanych świadczeń** | | | | | | aktualizacja 26.11.2021, 7 karetka na okres od 04.02.2022 do 04.03.2022, ***** dnia 4 marca 2022r. - wykreślenie jednego zespołu( od 5 marca 2022r. pozostaje 6 karetek) * dnia 9 marca 2022 r. – wykreślenie jednego zespołu (od 10 marca 2022 r. pozostaje |
| nazwa: | **Opolskie Centrum Ratownictwa Medycznego** | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-369 /Adama Mickiewicza 2-4 | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 77 441 36 39 | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000292445 | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| nazwa: | **ZESPÓŁ TRANSPORTU SANITARNEGO** | x | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-369 /Adama Mickiewicza 2-4 | | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| telefon/ telefony | 600 498 685, 690 497 875, | | | | | | | 5 karetek)<br>* dnia 16 marca 2022 r. – wykreślenie dwóch zespołów (od 17 marca 2022 r. pozostają 3 karetki)<br>* dnia 23 marca 2022 r. – wykreślenie jednego zespołu (od 24 marca 2022 r. pozostają 2 karetki)<br>*. dnia 31 marca 2022 r. – wykreślenie dwóch zespołów (od 1 kwietnia 2022 r. pozostaje 0 karetek) |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | 1.04.2022 r. | | | | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 21** | | **rodzaj realizowanych świadczeń** | | | | | | |
| nazwa: | **Kliniczne Centrum Ginekologii, Położnictwa i Neonatologii w Opolu** | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/ 45-057/ ul. Reymonta 8 | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 77 434 06 34 | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000640136 | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| nazwa: | **Kliniczne Centrum Ginekologii, Położnictwa i Neonatologii w Opolu** | | | | | x | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/ 45-057/ ul. Reymonta 8 | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 77 434 06 34 | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | 07.04.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | 01.04.2022 r. | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 22** | | **rodzaj realizowanych świadczeń** | | | | | | |
| nazwa: | **Zespół Opieki Zdrowotnej w Białej** | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Biała/48-210/ Moniuszki 8 | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 77 438 70 33, 77 438 72 16 | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 530571749 | | | | | | | |

| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | II poziom od 3.12.2021 r., do 17.02.2022 r., od 18.02.2022 r. tylko I poziom do 31.03.2022 r. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | **Zespół Opieki Zdrowotnej w Białej** | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Biała/48-210/ Moniuszki 8 | | x | | | x | | |
| telefon/ telefony | 77 438 70 33, 77 438 72 16 | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | 03.12.2021 | | | 08.04.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | 01.04.2022 | | | 01.04.2022 r. | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 23** | | **rodzaj realizowanych świadczeń** | | | | | | I do 31.03.2022 r. |
| nazwa: | **Opolskie Centrum Rehabilitacji Spółka z o.o** | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Korfantów/ 48-317/Wyzwolenia 11 | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 77 43 44 000, 77 43 44 005 | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 00065453 | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| nazwa: | **Opolskie Centrum Rehabilitacji Spółka z o.o** | | **x** | | | x | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Korfantów/ 48-317/Wyzwolenia 11 | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 77 43 44 000, 77 43 44 005 | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | 21.04.2021 | | | 07.04.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | 01.04.2022 | | | 01.04.2022 r. | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 24** | | **rodzaj realizowanych świadczeń** | | | | | | |
| nazwa: | **Klinika Nova Spółka z o.o.** | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kędzierzyn-Koźle/ 47-206/ ul. Kłosowa 7 | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 77 70 70 100 | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 161509339 | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| nazwa: | **Klinika Nova Spółka z o.o.** | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kędzierzyn-Koźle/ 47-206/ ul. Kłosowa 7 | | | | | x | | |
| telefon/ telefony | 77 70 70 100 | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | 07.10.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | 01.04.2022 | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 25** | | **rodzaj realizowanych świadczeń** | | | | | | |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | **SP ZOZ Opolskie Centrum Onkologii im. prof. T. Koszarowskiego** | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/ 45-061/ ul. Katowicka 66a | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 77 401 11 70/ 77 401 10 00 | | | | | | |
| identyfikator REGON | 531420768 | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** |
| nazwa: | **SP ZOZ Opolskie Centrum Onkologii im. prof. T. Koszarowskiego** | | | | | x | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/ 45-061/ ul. Katowicka 66a | | | | | | |
| telefon/ telefony | 77 401 11 70/ 77 401 10 00 | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | 07.04.2020 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | 01.04.2022 r. | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 26** | | **rodzaj realizowanych świadczeń** | | | | | |
| nazwa: | **Scanmed S.A. Kluczborskie Centrum Kardiologii** | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kluczbork/ 46-200/ ul. M. C. Skłodowskiej 23 | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 785 059 385, (77) 410 82 18 wew. 102 | | | | | | |
| identyfikator REGON | 351618159 | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** |
| nazwa: | **Scanmed S.A. Kluczborskie Centrum Kardiologii** | | x | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kluczbork/ 46-200/ ul. M. C. Skłodowskiej 23 | | | | | | |
| telefon/ telefony | 785 059 385, (77) 410 82 18 wew. 102 | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | 27.10.2020 | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | 11.06.2021 | | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 27** | | **rodzaj realizowanych świadczeń** | | | | | |
| nazwa: | **NZOZ „Ortopedia“ S.C.** | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/ 45-222/ Oleska 97 | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 77 474 32 09, 77 416 52 25 | | | | | | |
| identyfikator REGON | 160088887 | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** |
| nazwa: | **NZOZ „Ortopedia“ S.C.** | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/ 45-222/ Oleska 97 | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 77 474 32 09, 77 416 52 25 | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 28** | | **rodzaj realizowanych świadczeń** | | | | | | I do 31.03.2022 r.<br>II od 23.11.2021 r. Do 31.03.2022 |
| nazwa: | **Specjalistyczny Szpital im. Ks. Biskupa Józefa Nathana w Branicach** | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Branice/ 48-140/ Szpitalna 18 | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 77 403 43 02 | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 000291055 | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| nazwa: | **Specjalistyczny Szpital im. Ks. Biskupa Józefa Nathana w Branicach** | | x | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Branice/ 48-140/ Szpitalna 18 | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 77 403 43 02 | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | 12.11.2020 | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | 01.04.2022 | | | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 29** | | **rodzaj realizowanych świadczeń** | | | | | | |
| nazwa: | **Diagnostyka Sp. z o.o.** | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kraków/31-864/Życzkowskiego 16 | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 12 295 01 51 | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 356366975 | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| nazwa: | **Diagnostyka Sp. z o.o.** | | | | | | x - S | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Olesno /46-300/ ul. Małe przedmiescie 14 | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 343584783 | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | 15.09.2020 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | 01.04.2022 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| nazwa: | **Diagnostyka Sp. z o.o.** | | | | | | x - S | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole /45-551/ ul. Tuwima 1 | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 775559090 | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | 15.09.2020 | |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | 01.04.2022 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| nazwa: | **Diagnostyka Sp. z o.o.** | | | | | | x - S | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kluczbork/ 46-200/ ul. Skłodowskiej-Curie 6 | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 774133410 | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | 15.09.2020 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | 01.04.2022 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 4 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| nazwa: | **Diagnostyka Sp. z o.o.** | | | | | | x - S | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nysa/ 48-303/ ul. Sudecka 23 | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 503 923 601 | | | | | | | do 31.03.2022 r. |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | 23.09.2020 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | 01.04.2022 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 5 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| nazwa: | **Diagnostyka Sp. z o.o.** | | | | | | x - S | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Otmuchów/ 48-385/ ul. Mickiewicza 1 | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 503 923 601 | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | 24.09.2020 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | 01.04.2022 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 6 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| nazwa: | **Diagnostyka Sp. z o.o.** | | | | | | x - S | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Paczków/ 48-370/ ul. Wojska Polskiego 27 | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 503 923 601 | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | 25.09.2020 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | 01.04.2022 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 7 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | **Diagnostyka Sp. z o.o.** | | | | | | x - S |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-047 / ul. Waryńskiego 30 | | | | | | |
| telefon/ telefony | 693 941 037 | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | 01.10.2020 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | 01.04.2022 |
| **Miejsce udzielania świadczeń 8 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** |
| nazwa: | **Diagnostyka Sp. z o.o.** | | | | | | x - S |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Korfantów/ 48-317/ ul. Fabryczna 4 | | | | | | |
| telefon/ telefony | 500 872 089 | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | 09.11.2020 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | 01.04.2022 |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 30** | | **rodzaj realizowanych świadczeń** | | | | | |
| nazwa: | **VITAL MEDIC sp. z o.o.** | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kluczbork/ 46-200/ Skłodowskiej-Curie 21 | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 77 549 26 00 | | | | | | |
| identyfikator REGON | 160286601 | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** |
| nazwa: | **VITAL MEDIC sp. z o.o.** | | x | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kluczbork/ 46-200/ Skłodowskiej-Curie 21 | | | | | | |
| telefon/ telefony | 77 549 26 50 | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | 04.11.2020 | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | 15.05.2021r. | | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 31** | | **rodzaj realizowanych świadczeń** | | | | | |
| nazwa: | **„Falck Medycyna" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością** | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa/01-102/Jana Olbrachta 94 | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 22 278 82 08 | | | | | | |
| identyfikator REGON | 15755741 | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** |
| nazwa: | **„Falck Medycyna" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością** | x - 1 karetka (od 01.03.2021 r.) | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/ 45-752 / ul.Dworska 2B | | | | | | |
| telefon/ telefony | 600 498 685; 690 497 875 | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Data dodania do wykazu | | 12.11.2020 | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | 01.06.2021 | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| nazwa: | **„Falck Medycyna" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością** | x - 1 karetka (od 01.03.2021 r.) | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kluczbork/ 46-206/ ul. Mickiewicza 16/18 | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 600 498 685; 690 497 875 | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | 12.11.2020 | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | 01.06.2021 | | | | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 32** | | **rodzaj realizowanych świadczeń** | | | | | | |
| nazwa: | **Helimed Diagnostic Imaging sp.z o.o. spółka komandytowa** | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Katowice/ 40-760/ Panewnicka 65 | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 48 32 355 95 20 | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 276200044 | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| nazwa: | **Pracownia Tomografii Komputerowej** | | x | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kędzierzyn-Koźle/47-200/ Franklina Delano Roosevelta 4 | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 77 441 38 70 | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | 17.12.2020 | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | 26.05.2021 | | | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 33** | | **rodzaj realizowanych świadczeń** | | | | | | |
| nazwa: | **Józef Murawski Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej SANMED spółka z o. o.** | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łambinowice/ 48-316/ul. Dworcowa 4 lok. 3 | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 77 434 35 05 | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 362542315 | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | teleporada od 9.03.2021 do 23.03.2021 |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | **Józef Murawski Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej SANMED spółka z o. o.** | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łambinowice/ 48-316/ul. Dworcowa 4 lok. 3 | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 77 434 35 05 | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 34** | | **rodzaj realizowanych świadczeń** | | | | | | |
| nazwa: | **Diagnostyka Sp. z o.o.** | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kraków/31-864/Życzkowskiego 16 | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 12 295 01 51 | | | | | | | |
| identyfikator REGON | | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| nazwa: | **Diagnostyka Sp. z o.o.** | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grodków 49-200, ul. Sportowa 3 | | | | | | x - S | |
| telefon/ telefony | 693-941-037 | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | 30.03.2021 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | 01.04.2022 | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 35** | | **rodzaj realizowanych świadczeń** | | | | | | II poziom od 14.12.2021 r. kardiologia do 11.01.2022 |
| nazwa: | **American Heart of Poland S.A.** | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Sanatoryjna 1, 43-450 Ustroń | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 22 780 08 01 | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 15785759 | | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** | |
| nazwa: | **Polsko-Amerykańskie Kliniki Serca Centrum Sercowo-Naczyniowe w Kędzierzynie-Koźlu** | | **x** | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Roosevelta 2, 47-200 Kędzierzyn Koźle | | | | | | | |
| telefon/ telefony | 77 472 25 65 | | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 14.12.2021 | | 14.12.2021 | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | 11.01.2022 | | | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 36** | | **rodzaj realizowanych świadczeń** | | | | | | |
| nazwa: | **Gyncentrum Sp. z o.o.** | | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Żelazna 1, 40-851 Katowice | | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 608 763 854 | | | | | | | |
| identyfikator REGON | 383762894 | | | | | | | |

| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | **Gyncentrum Sp. z o.o.** | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Sosnowskiego 16, 45-273 Opole | | | | | | x - S |
| telefon/ telefony | 32 506 50 86 | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | 10.01.2022 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | 01.04.2022 |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** |
| nazwa: | **Gyncentrum Sp. z o.o.** | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Opolska 46, 47-100 Strzelce Opolskie | | | | | | x - S |
| telefon/ telefony | 32 506 50 86 | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | 16.02.2022 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | 01.04.2022 |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 37** | | **rodzaj realizowanych świadczeń** | | | | | |
| nazwa: | **Alab laboratoria sp. z o.o.** | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Stępińska 22/30, 00-739 Warszawa | | | | | | |
| telefon/ telefony: | 22 349 60 60 | | | | | | |
| identyfikator REGON | 008105218 | | | | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 *** | | **transport sanitarny **** | **leczenie / obserwacja w kierunku COVID-19** | **izolatorium** | **doraźne świadczenia stomatologiczne** | **wstępna kwalifikacja typu pretriage** | **punkt pobrań** |
| nazwa: | **Alab laboratoria sp. z o.o.** | | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Ozimska 19, 45-057 Opole | | | | | | x - S |
| telefon/ telefony | 22 349 11 97 | | | | | | |
| Data dodania do wykazu | | | | | | | 31.01.2022 |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | | 01.04.2022 |

* 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)**

**Dyrektor OOWNFZ**
**Robert Bryk**

**Opole, dnia 30.03.2022 r.**

**CZĘŚĆ II.**

**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 |

**Dyrektor OOWNFZ**
**Robert Bryk**

**Opole, dnia 21 września 2021 r.**

**CZĘŚĆ III.**

**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 |

**Dyrektor OOWNFZ**
**Robert Bryk**

**Opole, dnia 21 września 2021 r.**

**CZĘŚĆ IV.**

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

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

**Dyrektor OOWNFZ**
**Robert Bryk**

**Opole, dnia 21 września 2021 r.**

**CZĘŚĆ V.**

**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 |

**Dyrektor OOWNFZ**
**Robert Bryk**

**Opole, dnia 21 września 2021 r.**

**CZĘŚĆ VI.**

**Wykaz podmiotów wykonujących działalność leczniczą i aptek ogólnodostępnych realizujących szczepienia przeciw COVID-19**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 1** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | Zespół Opieki Zdrowotnej w Białej | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Biała/48-210/ Moniuszki 8 | | |
| telefon/ telefony: | 77 438 70 33 | | |
| identyfikator REGON | 530571749 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Zespół Opieki Zdrowotnej w Białej | **W** | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Biała/48-210/ Moniuszki 8 | | |
| telefon/ telefony | 77 438 70 33 | | |
| Data dodania do wykazu | 27.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 2** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | SPZOZ w Kędzierzynie - Koźlu, Szpital wielospecjalistyczny | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kędzierzyn-Koźle/47-200/ 24 Kwietnia 5 | | |
| telefon/ telefony: | 77 406 25 00 | | |
| identyfikator REGON | 000314661 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | SPZOZ w Kędzierzynie - Koźlu, Szpital wielospecjalistyczny | **W** | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kędzierzyn-Koźle/47-200/ 24 Kwietnia 5 | | |
| telefon/ telefony | 774 062 400 | | |
| Data dodania do wykazu | 27.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 22.07.2021 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ | | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kędzierzyn - Koźle/47-220/Judyma 4 | | |
| telefon/ telefony | 774062752 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | **POP** |
| Data wykreślenia z wykazu | 06.04.2021r. | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ | | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kędzierzyn - Koźle/47-200/24 Kwietnia 7 | | |
| telefon/ telefony | 774062437 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | **POP** |
| Data wykreślenia z wykazu | 22.07.2021 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 4** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ | | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kędzierzyn - Koźle/47-200/Roosevelta 2 | | |
| telefon/ telefony | 77 40 62 526 | | |
| Data dodania do wykazu | 22.07.2021 | | **POP** |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 5** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet Medycyny Szkolnej | | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kędzierzyn - Koźle/47-220/Harcerska 11 | | |
| telefon/ telefony | 774062941 | | |
| Data dodania do wykazu | 16.07.2021 | | **POP** |
| Data wykreślenia z wykazu | 01.11.2021 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 6** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ -**Szkoła Podstawowa nr 6 w Kędzierzynie-Koźlu - Punkt Szczepień Powszechnych** | | **7** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kędzierzyn - Koźle/47-220/Stalmacha 20 | | |
| telefon/ telefony | 509842442 | | |
| Data dodania do wykazu | 20.04.2021 | | **PSP** |
| Data wykreślenia z wykazu | 15.07.2021 | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 3** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | 116 Szpital Wojskowy z Przychodnią SPZOZ w Opolu | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole /45-759/Walerego Wróbleskiego 46; | | |
| telefon/ telefony: | 261-62-51-29 | | |
| identyfikator REGON | 531563611 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | 116 Szpital Wojskowy z Przychodnią SPZOZ w Opolu | **W** | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole /45-759/Walerego Wróbleskiego 46; | | |
| telefon/ telefony | 261-62-51-29 | | |
| Data dodania do wykazu | 28.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Poradnia Lekarza POZ | | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-759/ul. Walerego Wróblewskiego 46 | | |
| telefon/ telefony | 261625825 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | **POP** |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 4** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | Brzeskie Centrum Medyczne | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Brzeg/ 49-301/ Sergiusza Mossora 1 | | |
| telefon/ telefony: | 77 444 65 36 | | |
| identyfikator REGON | 000313437 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Brzeskie Centrum Medyczne | **W** | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Brzeg/ 49-301/ Sergiusza Mossora 1 | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| telefon/ telefony | 77 444 66 66 | | |
| Data dodania do wykazu | 28.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Brzeskie Centrum Medyczne | | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Brzeg/ 49-301/ Sergiusza Mossora 1 | | |
| telefon/ telefony | 774446536 | | |
| Data dodania do wykazu | 18.01.2021 | | **POP** |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Brzeskie Centrum Medyczne w Brzegu - Zespół Szkół Zawodowych nr 1 im. Marii Skłodowskiej -Curie (Punkt Szczepień Powszechnych) | | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Brzeg, 49-300, ul. Słowiańskiej 18, | | |
| telefon/ telefony | 77 444 66 66 | | |
| Data dodania do wykazu | 21.04.2021 | | **PSP** |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 5** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | EMC Instytut Medyczny S.A. Szpital św. Rocha w Ozimku | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ozimek/ 46-040/ ul. Częstochowska 31 | | |
| telefon/ telefony: | 77 427 34 91 | | |
| identyfikator REGON | 933040945 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | EMC Instytut Medyczny S.A. Szpital św. Rocha w Ozimku | **W** | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ozimek/ 46-040/ ul. Częstochowska 31 | | |
| telefon/ telefony | 77 427 34 91 | | |
| Data dodania do wykazu | 28.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Szpital Specjalistyczny Św. Rocha w Ozimku | | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ozimek/46-040/Częstochowska 31 | | |
| telefon/ telefony | 774273491 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | **POP** |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 6** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | KRAPKOWICKIE CENTRUM ZDROWIA SP.Z O.O. | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Krapkowice/ 47-303/XXX-lecia 21 | | |
| telefon/ telefony: | 77 4467228, 77 4467229 | | |
| identyfikator REGON | 160213499 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | KRAPKOWICKIE CENTRUM ZDROWIA SP.Z O.O. | **W** | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Krapkowice/ 47-303/XXX-lecia 21 | | |
| telefon/ telefony | 77 4467228, 77 4467229 | | |
| Data dodania do wykazu | 28.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | KRAPKOWICKIE CENTRUM ZDROWIA SP.Z O.O. | **W** | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Górażdże/46-077/ ul. Główna 23 | | |
| telefon/ telefony | (77)446 72 28/(77) 407 50 20 | | |
| Data dodania do wykazu | 28.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Szpital | | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Krapkowice/47-303/Osiedle XXX Lecia 21 | | |
| telefon/ telefony | 774467228 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | **POP** |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 4** | | **rodzaj punktu*** | **liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Krapkowickie Centrum Zdrowia Sp. z o.o. - **Punkt Szczepień Powszechnych** | | **2** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zespół Szkół im. J. Kilińskiego 47-303 Krapkowice; ul. Ks. Franciszka Duszy 7, | | |
| telefon/ telefony | 577 488 122 | | |
| Data dodania do wykazu | 19.04.2021r. | | **PSP** |
| Data wykreślenia z wykazu | 01.09.2021 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 5** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Krapkowickie Centrum Zdrowia Sp. z o.o. -**Kampus Politechniki Opolskiej - Punkt Szczepień Powszechnych** | | **3** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-758/ul. Prószkowska 76 | | |
| telefon/ telefony | 506868430 | | |
| Data dodania do wykazu | 20.04.2021r. | | **PSP** |
| Data wykreślenia z wykazu | 01.09.2021 | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 7** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | Opolskie Centrum Rehabilitacji w Korfantowie Sp. z o.o | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Korfantów/ 48-317/ Wyzwolenia 11 | | |
| telefon/ telefony: | 77 43 44 005 | | |
| identyfikator REGON | 000654530 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Opolskie Centrum Rehabilitacji w Korfantowie Sp. z o.o | **W** | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Korfantów/ 48-317/ Wyzwolenia 11 | | |
| telefon/ telefony | 77 43 44 005 | | |
| Data dodania do wykazu | 28.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 8** | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| nazwa: | Powiatowe Centrum Zdrowia S.A. w Kluczborku | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kluczbork/46-200/Skłodowskiej-Curie 23 | | |
| telefon/ telefony: | 77 417 35 00 | | |
| identyfikator REGON | 532421008 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Powiatowe Centrum Zdrowia S.A. w Kluczborku | **W** | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kluczbork/46-200/Skłodowskiej-Curie 23 | | |
| telefon/ telefony | 77 417 35 00 | | |
| Data dodania do wykazu | 28.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Powiatowe Centrum Zdrowia S.A. w Kluczborku | **W** | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wołczyn/46-250/ ul. Kościuszki 1 | | |
| telefon/ telefony | (77) 417 35 00; 604 468 854; (77) 414 55 00 | | |
| Data dodania do wykazu | 28.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 9** | | | |
| nazwa: | Prudnickie Centrum Medyczne Spółka Akcyjna w Prudniku | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Prudnik/ 48-200/ Szpitalna 14 | | |
| telefon/ telefony: | 77 406 78 00 | | |
| identyfikator REGON | 532448467 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Prudnickie Centrum Medyczne Spółka Akcyjna w Prudniku | **W** | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Prudnik/ 48-200/ Szpitalna 14 | | |
| telefon/ telefony | 77 406 78 00 | | |
| Data dodania do wykazu | 28.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Prudnickie Centrum Medyczne Spółka Akcyjna w Prudniku | **W** | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Głogówek/ 48-220/ul. Konopnickiej 2 | | |
| telefon/ telefony | (77) 437 33 69/(77)406 78 85 | | |
| Data dodania do wykazu | 28.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 10** | | | |
| nazwa: | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Opolu | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-075/Krakowska 44 | | |
| telefon/ telefony: | 77 401 11 00 | | |
| identyfikator REGON | 531163515 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Opolu | **W** | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-075/Krakowska 44 | | |
| telefon/ telefony | 77 401 11 00 | | |
| Data dodania do wykazu | 28.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 11** | | | |
| nazwa: | Zespół Opieki Zdrowotnej w Oleśnie | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Olesno/46-300/Klonowa 1 | | |
| telefon/ telefony: | 34 350 97 00 | | |
| identyfikator REGON | 000306584 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Zespół Opieki Zdrowotnej w Oleśnie | **W** | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Olesno/46-300/Klonowa 1 | | |
| telefon/ telefony | 34 350 97 00 | | |
| Data dodania do wykazu | 28.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 12** | | | |
| nazwa: | SP ZOZ Szpital Specjalistyczny MSWiA w Głuchołazach im. św. Jana Pawła II | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Głuchołazy/ 48-340/ Karłowicza 40 | | |
| telefon/ telefony: | 77 40 80 123 | | |
| identyfikator REGON | 531172135 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | SP ZOZ Szpital Specjalistyczny MSWiA w Głuchołazach im. św. Jana Pawła II | **W** | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Głuchołazy/ 48-340/ Karłowicza 40 | | |
| telefon/ telefony | 77 40 80 123 | | |
| Data dodania do wykazu | 28.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | SP ZOZ MSWiA w Głuchołazach | | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Głuchołazy/48-340/Karłowicza 40 | | |
| telefon/ telefony | 774080178 | | |
| Data dodania do wykazu | 04.05.2021 | | **POP** |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 13** | | | |
| nazwa: | SP ZOZ W Głubczycach | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Głubczyce/48-100/Skłodowskiej 26 | | |
| telefon/ telefony: | 77 480 11 70 | | |
| identyfikator REGON | 000311579 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | SP ZOZ W Głubczycach | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Głubczyce/48-100/Skłodowskiej 26 | **W** | |
| telefon/ telefony | 77 480 11 70 | | |
| Data dodania do wykazu | 28.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Punkt Szczepień | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Głubczyce/48-100/Marii Skłodowskiej Curie 26 | | **1** |
| telefon/ telefony | 774801163 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | **POP** |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | SP ZOZ w Głubczycach -**Ratusz w Głubczycach-Punkt Szczepień Powszechnych** | | **4** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Głubczyce/48-100/Rynek 1 | | |
| telefon/ telefony | 726203944 | | |
| Data dodania do wykazu | 20.04.2021r. | | **PSP** |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 14** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | Namysłowskie Centrum Zdrowia S.A. | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Namysłów/ 46-100/ ul. Oleśnicka 10 | | |
| telefon/ telefony: | 77 404 02 48 | | |
| identyfikator REGON | 160216463 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Namysłowskie Centrum Zdrowia S.A. | **W** | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Namysłów/ 46-100/ ul. Oleśnicka 10 | | |
| telefon/ telefony | 77 404 02 48 | | |
| Data dodania do wykazu | 28.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Namysłowskie Centrum Zdrowia S.A. - Zespół Szkół Rolniczych im. Tadeusza Kościuszki w Namysłowie **(Punkt Szczepień Powszechnych)** | | **4** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Namysłów/ 46-100/ ul. Pułaskiego 3, | | |
| telefon/ telefony | 534573053 | | |
| Data dodania do wykazu | 21.04.2021 | | **PSP** |
| Data wykreślenia z wykazu | 08.08.2021 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Namysłowskie Centrum Zdrowia z o. o. **(Punkt Szczepień Powszechnych)** | | **4** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Namysłów/ 46-100/ ul. Oleśnicka 4 | | |
| telefon/ telefony | 534573053 | | |
| Data dodania do wykazu | 09.08.2021 | | **PSP** |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 15** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | Szpital Powiatowy im. Prałata J. Glowatzkiego w Strzelcach Opolskich | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Strzelce Opolskie/47-100/Opolska 36A | | |
| telefon/ telefony: | 77 407 01 00 | | |
| identyfikator REGON | 000311585 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Szpital Powiatowy im. Prałata J. Glowatzkiego w Strzelcach Opolskich | **W** | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Strzelce Opolskie/47-100/Opolska 36A | | |
| telefon/ telefony | 77 407 01 00 | | |
| Data dodania do wykazu | 28.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 16** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | Szpital Wojewódzki w Opolu sp. z o.o. | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-372/Augustyna Kośnego 53 | | |
| telefon/ telefony: | 774433123 | | |
| identyfikator REGON | 53141815100039 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Szpital Wojewódzki w Opolu sp. z o.o. | **W** | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-372/Augustyna Kośnego 53 | | |
| telefon/ telefony | 774433123 | | |
| Data dodania do wykazu | 28.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 17** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Opolu | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/ 45-401/Aleja Wincentego Witosa 26 | | |
| telefon/ telefony: | 77 452 07 45 | | |
| identyfikator REGON | 530512391 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Opolu | **W** | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/ 45-401/Aleja Wincentego Witosa 26 | | |
| telefon/ telefony | 77 452 07 45 | | |
| Data dodania do wykazu | 28.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Opolu - Szpital Tymczasowy | | **3** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/ 45-401/Aleja Wincentego Witosa 26 | | |
| telefon/ telefony | 774520511 | | |
| Data dodania do wykazu | 15.01.2021r. | | **POP** |
| Data wykreślenia z wykazu | 01.04.2022 | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 18** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. św. Jadwigi | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/ 45-221/ ul.Wodociągowa 4 | | |
| telefon/ telefony: | 77 54 14 200 | | |
| identyfikator REGON | 000294303 | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
|---|---|---|---|
| nazwa: | Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. św. Jadwigi | W | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/ 45-221/ ul.Wodociągowa 4 | | |
| telefon/ telefony | 77 54 14 200 | | |
| Data dodania do wykazu | 28.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 19** | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | Zespół Opieki Zdrowotnej w Nysie | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nysa/48-300/Bohaterów Warszawy 34 | | |
| telefon/ telefony: | 77 408 78 30 | | |
| identyfikator REGON | 000313443 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Zespół Opieki Zdrowotnej w Nysie | W | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nysa/48-300/Bohaterów Warszawy 34 | | |
| telefon/ telefony | 77 408 78 30 | | |
| Data dodania do wykazu | 28.12.20250 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Zespół Opieki Zdrowotnej w Nysie | W | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Paczków/48-370/ ul. Staszica 3 | | |
| telefon/ telefony | (77) 43 90 306/ (77) 408 78 30 | | |
| Data dodania do wykazu | 28.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 20** | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | SP ZOZ Opolskie Centrum Onkologii im. prof. T. Koszarowskiego | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/ 45-061/ ul. Katowicka 66a | | |
| telefon/ telefony: | 77 401 11 70/ 77 401 10 00 | | |
| identyfikator REGON | 531420768 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | SP ZOZ Opolskie Centrum Onkologii im. prof. T. Koszarowskiego | P | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/ 45-061/ ul. Katowicka 66a | | |
| telefon/ telefony | 77 401 11 70/ 77 401 10 00 | | |
| Data dodania do wykazu | 29.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 21** | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | Stobrawskie Centrum Medyczne sp. z o.o. | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kup/46-082/Miarki 14 | | |
| telefon/ telefony: | 77 403 28 50 | | |
| identyfikator REGON | 530938517 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Stobrawskie Centrum Medyczne sp. z o.o. | P | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kup/46-082/Miarki 14 | | |
| telefon/ telefony | 77 403 28 50 | | |
| Data dodania do wykazu | 29.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Gabinet Pielęniarki POZ | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Chróścice/46-080/Korfantego 1A | | |
| telefon/ telefony | 77 469 52 35 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | POP |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 22** | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | SP ZOZ Zespół Opieki Zdrowotnej | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Głuchołazy/48-340/Marii Curie-Skłodowskiej 16 | | |
| telefon/ telefony: | 77 439 15 68 | | |
| identyfikator REGON | 000317665 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | SP ZOZ Zespół Opieki Zdrowotnej | P | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Głuchołazy/48-340/Marii Curie-Skłodowskiej 16 | | |
| telefon/ telefony | 77 439 15 68 | | |
| Data dodania do wykazu | 29.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W GŁUCHOŁAZACH | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GŁUCHOŁAZY/48-340/SKŁODOWSKIEJ 16 | | |
| telefon/ telefony | 774511210 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | POP |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 23** | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | Kliniczne Centrum Ginekologii, Położnictwa i Neonatologii w Opolu | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/ 45-057/ ul. Reymonta 8 | | |
| telefon/ telefony: | 77 434 06 34 | | |
| identyfikator REGON | 000640136 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
| nazwa: | Kliniczne Centrum Ginekologii, Położnictwa i Neonatologii w Opolu | P | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/ 45-057/ ul. Reymonta 8 | | |
| telefon/ telefony | 77 434 06 34 | | |
| Data dodania do wykazu | 29.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 24** | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | Specjalistyczny Szpital im. Ks. Biskupa Józefa Nathana w Branicach | | |

| | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
|---|---|---|---|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Branice/ 48-140/ Szpitalna 18 | | |
| telefon/ telefony: | 77 403 43 02 | | |
| identyfikator REGON | 000291055 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Specjalistyczny Szpital im. Ks. Biskupa Józefa Nathana w Branicach | **P** | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Branice/ 48-140/ Szpitalna 18 | | |
| telefon/ telefony | 77 403 43 02 | | |
| Data dodania do wykazu | 29.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 25** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "PROMED" s.c. | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grodków/49-200/ul. Szpitalna 13 | | |
| telefon/ telefony: | (77)415 52 41 | | |
| identyfikator REGON | 53246040000023 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "PROMED" s.c. | **P** | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grodków/49-200/ul. Szpitalna 13 | | |
| telefon/ telefony | (77)415 52 41 | | |
| Data dodania do wykazu | 29.12.2020 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 18.01.2021r. | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 26** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej WILKOSZ-MED S.C. Barbara Zagojska-Wilkosz, Anna Wilkosz, Paweł Wilkosz, Wojciech Wilkosz | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zdzieszowice/47-330/ul.Strzelecka 54 | | |
| telefon/ telefony: | 774844855 | | |
| identyfikator REGON | 53219823700029 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Poradnia Lekarza POZ | | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zdzieszowice/47-330/ul. Strzelecka 54 | | |
| telefon/ telefony | 774844855 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | **POP** |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 27** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | NZOZ SPECJALISTYCZNA PRAKTYKA LEKARSKA LESZEK WYRWA | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ozimek/46-040/ul.Częstochowska 31 | | |
| telefon/ telefony: | 604409581 | | |
| identyfikator REGON | 53226099900020 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | NZOZSpecjalistyczna Praktyka Lekarska Leszek Wyrwa | | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ozimek/46-040/ul. Częstochowska 31 | | |
| telefon/ telefony | 774436778 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | **POP** |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 28** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | Irena Pass-Szczepańska | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bierawa/47-240/ul.Dworcowa 8 | | |
| telefon/ telefony: | 77 4872145 | | |
| identyfikator REGON | 53100154000030 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Punkt Szczepień | | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bierawa/47-240/ul. Dworcowa 8 | | |
| telefon/ telefony | 77 4872145 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | **POP** |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 29** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | PIAST-MED spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kędzierzyn-Koźle/47-232/Leszka Białego 5/1 | | |
| telefon/ telefony: | 500201401 | | |
| identyfikator REGON | 531686377 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PIAST-MED | | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kędzierzyn-Koźle/47-232/Leszka Białego 5 | | |
| telefon/ telefony | 774834002 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | **POP** |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 30** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Pediatryczna i Rodzinna "SYNAPSA" S.C.Gumińska Anna Miozga Kornelia | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ozimek/46-040/ul.Częstochowska 31 | | |
| telefon/ telefony: | 774436653 | | |
| identyfikator REGON | 53218266700023 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Punkt Szczepień | | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ozimek/46-040/Częstochowska 31 | | |
| telefon/ telefony | 774436653 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | **POP** |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 31** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | Zdrowie Rodziny Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Branice/48-140/ul.Szpitalna 18 | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| telefon/ telefony: | 774868362 | | |
| identyfikator REGON | 53246061700027 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Przychodnia w Branicach | | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Branice/48-140/ul. Szpitalna 18 | | |
| telefon/ telefony | 774868362 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | **POP** |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 32** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | Przychodnia we Włodzieninie | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Włodzienin/48-144/ul.Wojnowicka 15 | | |
| telefon/ telefony: | 774857290 | | |
| identyfikator REGON | 53246061700027 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Przychodnia we Włodzieninie | | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Włodzienin/48-144/ul. Wojnowicka 15 | | |
| telefon/ telefony | 774857290 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | **POP** |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 33** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Praktyka Lekarza Rodzinnego Małgorzata Maria Żymełka | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nowa Cerekwia/48-133/ul.Młyńska 13 | | |
| telefon/ telefony: | 774851843 | | |
| identyfikator REGON | 53115369800050 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Praktyka Lekarza Rodzinnego | | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nowa Cerekwia/48-133/ul. Młyńska 13 | | |
| telefon/ telefony | 774851843 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | **POP** |
| Data wykreślenia z wykazu | 01.12.2021 | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 34** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "KARDIOLOGIA" Sp. z o.o. | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Strzelce Opolskie/47-100/ul.Henryka Pobożnego 1 | | |
| telefon/ telefony: | 530-808-464 | | |
| identyfikator REGON | 16006680000029 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "KARDIOLOGIA" | | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Strzelce Opolskie/47-100/ul. Henryka Pobożnego 1 | | |
| telefon/ telefony | 530808464 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | **POP** |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | NZOZ KARDIOLOGIA Strzelce Opolskie - Powiatowe Centrum Kultury **(Punkt Szczepień Powszechnych)** | | **6** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Strzelce Opolskie/47-100/ul. Henryka Pobożnego 1 | | |
| telefon/ telefony | 77 412 30 13 | | |
| Data dodania do wykazu | 22.04.2021 | | **PSP** |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 35** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | ODNOWA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-011/ul. ul. Bronisława Koraszewskiego 8-16 | | |
| telefon/ telefony: | 774536481 | | |
| identyfikator REGON | 53246640700020 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Poradnia Lekarza POZ | | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-011/ul. Bronisława Koraszewskiego 8-16 | | |
| telefon/ telefony | 774536481 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | **POP** |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 36** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | NZOZ OŚRODEK ZDROWIA W GRACZACH JACEK CIEPLUCH I WSPÓLNICY SPÓŁKA JAWNA | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gracze/49-156/ul.Bazaltowa 4 | | |
| telefon/ telefony: | 774609022 | | |
| identyfikator REGON | 16065875800023 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Poradnia Lekarza POZ | | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gracze/49-156/ul. Bazaltowa 4 | | |
| telefon/ telefony | 774609811 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | **POP** |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Poradnia Lekarza POZ | | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Niemodlin/49-100/ul. Wojska Polskiego 5 | | |
| telefon/ telefony | 731858498 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | **POP** |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Poradnia Lekarza POZ | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Dąbrowa/49-120/ul. Ciepielowicka 13 | | 1 |
| telefon/ telefony | 602451089 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | POP |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 37** | | | |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej MED-UJAZD s.c. Gallus Grażyna, Krzemińska Weronika | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ujazd/47-143/ul.Mickiewicza 3 | | |
| telefon/ telefony: | 774637089 | | |
| identyfikator REGON | 53154541200025 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej MED-UJAZD s.c. | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ujazd/47-143/Mickiewicza 3 | | |
| telefon/ telefony | 774637089 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | POP |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 38** | | | |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PRZYCHODNIA LEKARSKA "OTMĘT" S.C. IZOLDA ŚWISTUŃ TOMASZ ŚWISTUŃ | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Krapkowice/47-303/ul.Jagillońska 29 | | |
| telefon/ telefony: | 774661895 | | |
| identyfikator REGON | 53166869800021 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Poradnia Lekarza Rodzinnego | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Krapkowice/47-303/ul. Jagiellońska 29 | | |
| telefon/ telefony | 774661895 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | POP |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 39** | | | |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "ESKULAP" s.c. Ewa Piecha Małgorzata Olszańska-Kot | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zawadzkie/47-120/ul.Waryńskiego 6 | | |
| telefon/ telefony: | 774616382 | | |
| identyfikator REGON | 53156700000022 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Eskulap s.c. | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zawadzkie/47-120/ul. Waryńskiego 6 | | |
| telefon/ telefony | 774616382 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | POP |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 40** | | | |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Spółka Cywilna R. Stefan & J. Domańska-Dziurkowska | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gorzów Śląski/46-310/ul.Krasickiego 8 | | |
| telefon/ telefony: | 692453646 | | |
| identyfikator REGON | 53166001800026 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Spółka Cywilna R. Stefan, J. Domańska - Dziurkowska | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gorzów Śląski/46-310/Krasickiego 8 | | |
| telefon/ telefony | 343594490 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | POP |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 41** | | | |
| nazwa: | Poradnia Lekarza POZ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Tułowice/49-130/ul.Porcelanowa 17 | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| telefon/ telefony: | 602695644 | | |
| identyfikator REGON | 36254231500018 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Poradnia Lekarza POZ | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Tułowice/49-130/ul. Porcelanowa 17 | | |
| telefon/ telefony | 774600147 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | POP |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 42** | | | |
| nazwa: | Poradnia Lekarza POZ - Said Rayad | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Krapkowice/47-300/Kusocińskiego 16 | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| telefon/ telefony: | 77 466 45 17 | | |
| identyfikator REGON | 53083890000049 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Poradnia Lekarza POZ | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Krapkowice/47-300/ul. Szkolna 7 | | |
| telefon/ telefony | 77 466 45 17 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | POP |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Poradnia Lekarza POZ - Strzeleczki | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Strzeleczki/47-364/ul. Sienkiewicza 31 | | |
| telefon/ telefony | 774749696 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | POP |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | SAMED - Zespół Szkół | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Głogówek/48-250/Powstańców 34 | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| telefon/ telefony | 774661823 | | |
| Data dodania do wykazu | 04.05.2021 | | **POP** |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 4** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | SAMED - PSP 2 (Sala Gimnastyczna) | | **3** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Głuchołazy/48-340/Aleja Jana Pawła II 9 | | |
| telefon/ telefony | 774661823 | | |
| Data dodania do wykazu | 04.05.2021 | | **POP** |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 5** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | SAMED - Nyski Dom Kultury | | **3** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nysa/48-300/Wałowa 7 | | |
| telefon/ telefony | 774661823 | | |
| Data dodania do wykazu | 04.05.2021 | | **POP** |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 43** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ SANMED LILIANA LEJKOWSKA-OLSZEWSKA, PAWEŁ OLSZEWSKI | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grodków/49-200/ul.Słowackiego 5 | | |
| telefon/ telefony: | 774154937 | | |
| identyfikator REGON | 53166457100029 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Poradnia Lekarza POZ - Lekarza Rodzinnego | | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grodków/49-200/ul. Słowackiego 5 | | |
| telefon/ telefony | 504691015 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | **POP** |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 44** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | Gminny Zespół Lecznictwa Otwartego | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kietrz/48-130/ul.Kościelna 1 | | |
| telefon/ telefony: | 774854291, 774855230, 606449024 | | |
| identyfikator REGON | 53091333900027 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Przychodnia Rejonowa | | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kietrz/48-130/ul. Kościelna 1 | | |
| telefon/ telefony | 774854291 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | **POP** |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 45** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | Mariusz Śliwiński | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Żytniów 181 /46-325 | | |
| telefon/ telefony: | 608687556 | | |
| identyfikator REGON | 16022389400020 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy | | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Żytniów 181 /46-325 | | |
| telefon/ telefony | 608 687 556 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | **POP** |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 46** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej ERMED Eryka Scholz-Mazurkiewicz | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Dobrzeń Wielki/46-081/ul.Reymonta 2 | | |
| telefon/ telefony: | 77 46 95 807 | | |
| identyfikator REGON | 53160391900030 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej ERMED | | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Dobrzeń Wielki/46-081/Reymonta 2 | | |
| telefon/ telefony | 660319688 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | **POP** |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 47** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | PRIMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ SPÓŁKA KOMANDYTOWA | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Baborów/49-120/ul.Wiejska 2B | | |
| telefon/ telefony: | 775559630 | | |
| identyfikator REGON | 53245700600028 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | punkt szczepień | | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Baborów/48-120/ul. Wiejska 2B | | |
| telefon/ telefony | 775559630 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | **POP** |
| Data wykreślenia z wykazu | 08.11.2021 | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 48** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | BEATA SARNECKA NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ SARMED | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wronin/47-260/ul. Głubczycka 19 | | |
| telefon/ telefony: | 774875207 | | |
| identyfikator REGON | 53166761200036 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Punkt Szczepień | | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wronin/47-260/ul. Głubczycka 19 | | |
| telefon/ telefony | 774875207 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | **POP** |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Punkt Szczepień | | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Pawłowiczki/47-280/ul. Magnoliowa 3 | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| telefon/ telefony | 774874147 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | **POP** |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 49** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | Dorota Łotecka Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej CIS-MEDICA | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Cisek/47-253/ul. Harcerska 2 | | |
| telefon/ telefony: | 774871125 | | |
| identyfikator REGON | 53166762900020 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej CIS-MEDICA | | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Cisek/47-253/ul. Harcerska 2 | | |
| telefon/ telefony | 774871125 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | **POP** |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 50** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | Bożena Irena Wąsiak | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kędzierzyn-Koźle/47-200/ul. Racławicka 1 | | |
| telefon/ telefony: | 667676681 | | |
| identyfikator REGON | 53088015000039 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet Zabiegowo - Diagnostyczny | | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kędzierzyn-Koźle/47-200/ul. Racławicka 1 | | |
| telefon/ telefony | 667676681 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | **POP** |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 51** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | Ewa Stefania Langner | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Dziegowice/47-244/ul. Nowa 2 | | |
| telefon/ telefony: | 774830425 | | |
| identyfikator REGON | 53123095000022 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Punkt Szczepień | | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Dziergowice/47-244/ul. Nowa 2 | | |
| telefon/ telefony | 774830425 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | **POP** |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 52** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Poradnia Ogólna" Karina Elżbieta Dylla | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ozimek/46-040/ul. Częstochowska 31 | | |
| telefon/ telefony: | 77 46 51 917 | | |
| identyfikator REGON | 53127044100023 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Poradnia Ogólna" | | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ozimek/46-040/ul. Częstochowska 31 | | |
| telefon/ telefony | 77 46 51 917 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | **POP** |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 53** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | KRYSTYNA WERONIKA STANULA | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | DŁUGOMIŁOWICE/47-208/ul. GŁÓWNA 32 | | |
| telefon/ telefony: | 774820112 | | |
| identyfikator REGON | 53095563900022 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Punkt szczepień | | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | DŁUGOMIŁOWICE/47-208/ul. GŁÓWNA 32 | | |
| telefon/ telefony | 774820112 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | **POP** |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 54** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | NZOZ Wit-Med Witold Madej | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ozimek/46-040/ul. Częstochowska 31 | | |
| telefon/ telefony: | 791933233 | | |
| identyfikator REGON | 53162825600024 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | NZOZ Wit-Med Witold Madej | | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ozimek/46-040/ul. Częstochowska 31 | | |
| telefon/ telefony | 794104204 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | **POP** |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 55** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | MEDYK - K SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KĘDZIERZYN-KOŹLE/47-225/JULIANA TUWIMA 6B/9 | | |
| telefon/ telefony: | 774036067 | | |
| identyfikator REGON | 161487365 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Medyk-K sp z o.o. Przychodnia | | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kędzierzyn-Koźle/47-225/Jana Pawła II 54 | | |
| telefon/ telefony | 7774036067 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | **POP** |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 56** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | Ewa Drop-Kubów | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wołczyn/46-300/ul. Dworcowa 9 | | |
| telefon/ telefony: | 774188680 | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| identyfikator REGON | 53115900500028 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet Zabiegowy | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wołczyn/46-250/ul. Dworcowa 9 | | **1** |
| telefon/ telefony | 774188680 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | **POP** |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 57** | | | |
| nazwa: | Centrum terapii Holistycznych dr Holy | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-064/ks. Hugona Kołłątaja 10 lok. 1-2 | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| telefon/ telefony: | 516550330 | | |
| identyfikator REGON | 93020197400042 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Centrum terapii Holistycznych dr Holy | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-064/ks. Hugona Kołłątaja 10/2 | | **1** |
| telefon/ telefony | 608385951 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | **POP** |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 58** | | | |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MINISTERSTWA SPRAW WEWNĘTRZNYCH I ADMINISTRACJI W OPOLU | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-075/ul. Krakowska 44 | | |
| telefon/ telefony: | 774011170 | | |
| identyfikator REGON | 53116351500023 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Podstawowa Opieka Zdrowotna | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-075/ul. Krakowska 44 | | **1** |
| telefon/ telefony | 774011147 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | **POP** |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 59** | | | |
| nazwa: | Justyna Joanna Łomny-Elias | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-304/ul. Piotrkowska 1 | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| telefon/ telefony: | 600853495 | | |
| identyfikator REGON | 16026079000041 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Pielęgniarska Opieka Długoterminowa Domowa | | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-304/ul. Piotrkowska 1 | | |
| telefon/ telefony | 600853495 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | **POP** |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 60** | | | |
| nazwa: | SPÓŁKA CYWILNA MED-JEM STEFANIA KOLEK, ANDRZEJ HAJDAS | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Jemielnica/47-133/ul. Nowa Kolonia 14 | | |
| telefon/ telefony: | 77 46 38 393 | | |
| identyfikator REGON | 531545949 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | SPÓŁKA CYWILNA MED-JEM STEFANIA KOLEK, ANDRZEJ HAJDAS | | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Jemielnica/47-133/Nowa Kolonia 14 | | |
| telefon/ telefony | 608342071 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | **POP** |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 61** | | | |
| nazwa: | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej "ZAODRZE" w Opolu | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-714/ul. Licealna 18 | | |
| telefon/ telefony: | 48 77 88 733 01 | | |
| identyfikator REGON | 53157492200021 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-714/ul. Licealna 18 | | **1** |
| telefon/ telefony | 77873303 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | **POP** |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 62** | | | |
| nazwa: | MARIAN I ELŻBIETA ŁYCZKO, INDYWIDUALNA PRAKTYKA LEKARSKO-PIELĘGNIARSKA SPÓŁKA JAWNA | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ZDZIECHOWICE/46-310/ul. ZDZIECHOWICE 16 | | |
| telefon/ telefony: | +48343593313 | | |
| identyfikator REGON | 16158697200025 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA (GABINET) LEKARZA POZ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zdziechowice/46-310/ 16 | | **1** |
| telefon/ telefony | 343593313 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | **POP** |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 63** | | | |
| nazwa: | Aniela Maria Dembczak | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gościęcin/47-270/ul. Kozielska 64 | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| telefon/ telefony: | 774879159 | | |
| identyfikator REGON | 53166765800022 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Punkt Szczepień | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gościęcin/47-270/Kozielska 64 | | **1** |
| telefon/ telefony | 774879159 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | **POP** |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 64** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | ERBERT GRZEGORZ NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "MEDICOR" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Stare Budkowice/46-030/ul. Zagwiździańska 16 | | |
| telefon/ telefony: | +48774210013 | | |
| identyfikator REGON | 36782831200010 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Medicor" | | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Stare Budkowice/46-030/ul. Zagwiździańska 16 | | |
| telefon/ telefony | 774210013 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | **POP** |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 65** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "MEDIUM" S.C. | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grodków/49-200/Słowackiego 6 | | |
| telefon/ telefony: | 774153800 | | |
| identyfikator REGON | 53155725000029 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "MEDIUM" S.C. | | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grodków/49-200/Słowackiego 6 | | |
| telefon/ telefony | 774153800 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | **POP** |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 66** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ ANDRZEJ PROSZEWSKI SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Olesno/46-300/Pieloka 14 | | |
| telefon/ telefony: | 34 35 04 261 | | |
| identyfikator REGON | 16000525200027 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Przychodnia POZ | | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Olesno/46-300/Pieloka 14 | | |
| telefon/ telefony | 343504250 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | **POP** |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | NZOZ Andrzej Proszewski Sp. z o.o. w Oleśnie - Zespół Szkół w Oleśnie **(Punkt Szczepień Powszechnych)** | | **4** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Olesno/46-300/ul. Sądowa 2, | | |
| telefon/ telefony | 343750150 | | |
| Data dodania do wykazu | 21.04.2021 | | **PSP** |
| Data wykreślenia z wykazu | 07.10.2021r. | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 67** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Skormed Spółka Partnerska Lekarzy Rodzinnych Barsznica | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Skoroszyce/48-320/Działkowa 15 | | |
| telefon/ telefony: | +48774318399 | | |
| identyfikator REGON | 532414400 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Skormed Spółka Partnerska Lekarzy Rodzinnych Barsznica | | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Skoroszyce/48-320/Działkowa 15 | | |
| telefon/ telefony | +48774318399 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | **POP** |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 68** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W.W.-MED S.C. WYRĄBEK JACEK WĘGRZYNOWSKA BARBARA | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Pokój/46-034/1 Maja 30B | | |
| telefon/ telefony: | 77 42 71 060 | | |
| identyfikator REGON | 53167366000029 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Punkt Szczepień | | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Pokój/46-034/1 Maja 30B | | |
| telefon/ telefony | 77 42 71 060 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | **POP** |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 69** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | VITAL MEDIC SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kluczbork/46-200/Skłodowskiej - Curie 21 | | |
| telefon/ telefony: | 77 447 10 00 | | |
| identyfikator REGON | 16028660100020 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Poradnia lekarza POZ | | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kluczbork/46-200/Skłodowskiej - Curie 21 | | |
| telefon/ telefony | 77 549 26 00 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | **POP** |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |

| | | | |
|---|---|---|---|
| nazwa: | VITAL MEDIC SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ - **Hala Sportowa -Punkt Szczepień Powszechnych** | | **12** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kluczbork/46-200/Sportowa 7 | | |
| telefon/ telefony | 775492700 | | |
| Data dodania do wykazu | 20.04.2021r. | | **PSP** |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 70** | | | |
| nazwa: | OPTIMA MEDYCYNA SPÓŁKA AKCYJNA | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nysa/48-300/ Bracka 1 | | |
| telefon/ telefony: | 77 887 21 29 | | |
| identyfikator REGON | 53096880800033 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Przychodnia Lekarska Bracka 1 Nysa | | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nysa/48-300/ Bracka 1 | | |
| telefon/ telefony | 778872129 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | **POP** |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | OPTIMA MEDYCYNA Prudnik - Hala Sportowa w Nysie (Punkt Szczepień Powszechnych) | | **8** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nysa/48-300/ ul. Sudecka 23 | | |
| telefon/ telefony | 532407688 | | |
| Data dodania do wykazu | 21.04.2021 | | **PSP** |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | OPTIMA MEDYCYNA Prudnik - Zespół Szkół Rolniczych w Prudniku (Punkt Szczepień Powszechnych) | | **4** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Prudnik/48-200/ ul. Kościuszki 76 | | |
| telefon/ telefony | 532407689 | | |
| Data dodania do wykazu | 21.04.2021 | | **PSP** |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 71** | | | |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ GRUPOWA PRAKTYKA LEKARZA RODZINNEGO P. ROMANOWICZ, R. CIEŚLEWICZ SPÓŁKA JAWNA | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zdzieszowice/47-330/Filarskiego 19 | | |
| telefon/ telefony: | 774842746, 4842400 | | |
| identyfikator REGON | 53164104400020 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Grupowa Praktyka Lekarza Rodzinnego P. Romanowicz R. Cieślewicz Spółka Jawna | | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zdzieszowice/47-330/Filarskiego 19 | | |
| telefon/ telefony | 774842400 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | **POP** |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 72** | | | |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "SAN-MED" A.Tomalik J.Tomalik Spółka jawna | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grodków/49-200/Słowackiego 5 | | |
| telefon/ telefony: | 774155427 774153502 | | |
| identyfikator REGON | 532328208 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "SAN-MED" S.J. | | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grodków/49-200/Słowackiego 5 | | |
| telefon/ telefony | 774155427 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | **POP** |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 73** | | | |
| nazwa: | CENTRUM MEDYCZNE LUCYNA ANDRZEJ DYMEK SPÓŁKA CYWILNA | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zawadzkie/47-120/Osiedle Świerkle 15/18 | | |
| telefon/ telefony: | 774622065 | | |
| identyfikator REGON | 531400808 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | CENTRUM MEDYCZNE LUCYNA ANDRZEJ DYMEK SPÓŁKA CYWILNA | | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zawadzkie/47-120/Waryńskiego 4 | | |
| telefon/ telefony | 502545200 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | **POP** |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 74** | | | |
| nazwa: | CENTRUM MEDYCZNE LUCYNA ANDRZEJ DYMEK SPÓŁKA CYWILNA | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zawadzkie/47-120/Osiedle Świerkle 15/18 | | |
| telefon/ telefony: | 774622065 | | |
| identyfikator REGON | 531400808 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | CENTRUM MEDYCZNE LUCYNA ANDRZEJ DYMEK SPÓŁKA CYWILNA | | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Strzelce Opolskie/47-100/Parafialna 1 | | |
| telefon/ telefony | 504181616 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | **POP** |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 75** | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "MEDICUS" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Paczków/ 48-370/Wincentego Witosa 2A | | |
| telefon/ telefony: | 774316535 | | |
| identyfikator REGON | 53157048500044 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Punkt Szczepień | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Paczków/ 48-370/Wincentego Witosa 2A | | **1** |
| telefon/ telefony | 774317867 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | **POP** |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 76** | | | |
| nazwa: | KLINIKA NOVA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kędzierzyn-Koźle/47-206/Kłosowa 7 | | |
| telefon/ telefony: | 77 7070100 | | |
| identyfikator REGON | 161509339 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Szpital | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kędzierzyn-Koźle/47-206/Kłosowa 7 | | **1** |
| telefon/ telefony | 777070100 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | **POP** |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Poradnia Lekarza Rodzinnego Koźle | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kędzierzyn-Koźle/47-200/Ignacego Łukasiewicza 23 | | **1** |
| telefon/ telefony | 774829034 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | **POP** |
| Data wykreślenia z wykazu | 13.07.2021 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Poradnia Lekarza Rodzinnego Sławięcice | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kędzierzyn-Koźle/47-230/ks. Piotra Ściegiennego 2 | | **1** |
| telefon/ telefony | 774832413 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | **POP** |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 77** | | | |
| nazwa: | VITA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wierzbięcice/48-303/110 | | |
| telefon/ telefony: | 77 40 93 950 | | |
| identyfikator REGON | 53164504200022 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Poradnia Podstawowej Opieki Zdrowotnej | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nysa/48-303/Piłsudskiego 47 | | **1** |
| telefon/ telefony | 77 401 70 03 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | **POP** |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 78** | | | |
| nazwa: | Bożena Lewińska | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łambinowice/48-316/Parkowa 10 | | |
| telefon/ telefony: | 774343450 | | |
| identyfikator REGON | 53104575000039 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Poradnia POZ - Łambinowice | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łambinowice/48-316/Parkowa 10 | | **1** |
| telefon/ telefony | 774343450 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | **POP** |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 79** | | | |
| nazwa: | AL-MED D.Makieła J.Makieła Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Spółka Jawna | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Strzelce Opolskie/47-100/Powstańców Śląskich 9a | | |
| telefon/ telefony: | 608632846 | | |
| identyfikator REGON | 53156417700021 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Punkt Szczepień | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Strzelce Opolskie/47-100/Powstańców Śląskich 9a | | **1** |
| telefon/ telefony | 774638126 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | **POP** |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 80** | | | |
| nazwa: | JÓZEF MURAWSKI NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ SANMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łambinowice/48-316/Dworcowa 4 lok.3 | | |
| telefon/ telefony: | 602695644 | | |
| identyfikator REGON | 36254231500018 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Poradnia Lekarza POZ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łambinowice/48-316/Dworcowa 4 lok.3 | | **1** |
| telefon/ telefony | 774343505 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | **POP** |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Poradnia Lekarza POZ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Jasienica Dolna/48-315/Jasienica Dolna 16 | | **1** |

| | | | |
|---|---|---|---|
| telefon/ telefony | 774359621 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | **POP** |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 81** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej ANMED S.C. Andrzej Majer, Anna Majer | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kluczbork/46-200/Skłodowskiej - Curie 6 | | |
| telefon/ telefony: | 774181112 | | |
| identyfikator REGON | 53234234900029 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Poradnia Lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej | | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kluczbork/46-200/Skłodowskiej - Curie 6 | | |
| telefon/ telefony | 774181112 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | **POP** |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 82** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej ESKULAP Sp. z o. o. | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Praszka/46-320/Powstańców Śląskich 8 | | |
| telefon/ telefony: | 343591001 | | |
| identyfikator REGON | 53166688300028 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Poradnia Lekarza POZ - dla dorosłych | | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Praszka/46-320/Powstańców Śląskich 8 | | |
| telefon/ telefony | 343591001 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | **POP** |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 83** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | 'MEDICUS' SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Prudnik/48-200/Kościuszki 15 | | |
| telefon/ telefony: | 774362525 | | |
| identyfikator REGON | 531568070 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Przychodnia Lekarska Medicus | | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Prudnik/48-200/Kościuszki 15 | | |
| telefon/ telefony | 77 406 83 15 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | **POP** |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 84** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Medicus Martyniszyn Adam, Martyniszyn Bernadeta | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wołczyn/46-250/ul. Namysłowska 10 | | |
| telefon/ telefony: | 774145334 | | |
| identyfikator REGON | 53165899000027 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "MEDICUS" | | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wołczyn/46-250/ul. Namysłowska 10 | | |
| telefon/ telefony | 774145334 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | **POP** |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 85** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ - FAMILIA S.C.KIŻYS JOLANTA WESOŁOWSKA KRYSTYNA KIŻYS ZBIGNIEW | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Głubczyce/48-100/ul. Niepodległości 16 c,e,g/3 | | |
| telefon/ telefony: | 774850400, 774850393 | | |
| identyfikator REGON | 53165434800026 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Familia" S.C | | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Głubczyce/48-100/ul. Niepodległości 16 c,e,g/3 | | |
| telefon/ telefony | 774850400 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | **POP** |
| Data wykreślenia z wykazu | 18.01.2021 | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 86** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | Elżbieta Izabela Jarka - Doskocz | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Otmuchów/48-385/Kałków 65 | | |
| telefon/ telefony: | 774356385 | | |
| identyfikator REGON | 53244095100024 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Poradnia Lekarza POZ | | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kałków/48-364/Kałków 65 | | |
| telefon/ telefony | 774356385 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | **POP** |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | NZOZ SAL-MED. Kałków / Otmuchów - Zespół Szkół w Otmuchowie - hala sportowa **(Punkt Szczepień Powszechnych)** | | **8** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Otmuchów/ 45-385/ ul.Krakowska 36 | | |
| telefon/ telefony | 774315130; 774315197; 774356368; 774315156; 774315027; 774390775 | | |
| Data dodania do wykazu | 21.04.2021 | | **PSP** |
| Data wykreślenia z wykazu | 02.07.2021 | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 87** | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| nazwa: | S.C. "DELTA" JANUSZKIEWICZ A. GAJDA I. DŁUGOSZ M. WYWIOŁ A. | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Krapkowice/47-300/Os. XXX - lecia 17 | | |
| telefon/ telefony: | 774663129 | | |
| identyfikator REGON | 53156991500026 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Poradnia Lekarza POZ | | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Krapkowice/47-303/Os. XXX - lecia 17 | | |
| telefon/ telefony | 774667133 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | **POP** |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | NZOZ OMEGA s.c. | **POP** | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Krapkowice/47-300/Pocztowa 12 | | |
| telefon/ telefony | 775431561 | | |
| Data dodania do wykazu | 04.05.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 88** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej CORRIGO medical Rafał Chmura | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kędzierzyn-Koźle/47-223/Ludwika Waryńskiego 3/1 | | |
| telefon/ telefony: | 77481 38 81 | | |
| identyfikator REGON | 53094784100020 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet diagnostyczno-zabiegowy | | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kędzierzyn-Koźle/47-223/Ludwika Waryńskiego 3/1 | | |
| telefon/ telefony | 667676681 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | **POP** |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 89** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "POLIMED" TKACZYŃSKI, MICHALAK, BUCZEK, SPÓŁKA PARTNERSKA | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-071/ul. Armii Krajowej 7 | | |
| telefon/ telefony: | 774512065 | | |
| identyfikator REGON | '53242112600020 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Punkt Szczepień | | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-071/ul. Armii Krajowej 7 | | |
| telefon/ telefony | 601172152 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | **POP** |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 90** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej MEDYK S.C. Walter-Werra Urszula Kulisa Elżbieta | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kolonowskie/47-110/Leśna 6 | | |
| telefon/ telefony: | 774611160 | | |
| identyfikator REGON | 53156612400028 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "MEDYK" s.c. | | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kolonowskie/47-110/Leśna 6 | | |
| telefon/ telefony | 77 46 11 160 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | **POP** |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 91** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | WYŻGOWSKA EWA NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "MED-EWA" | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Prudnik/48-200/Kościuszki 15 | | |
| telefon/ telefony: | 77 436 91 11 | | |
| identyfikator REGON | 53112042800021 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Poradnia lekarza POZ | | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Prudnik/48-200/Kościuszki 15 | | |
| telefon/ telefony | 77 436 91 11 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | **POP** |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 92** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Panaceum" Aleksandra Dekiel | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Strzelce Opolskie/47-100/Bolesława Chrobrego 1/1 | | |
| telefon/ telefony: | 77 44 02 000 | | |
| identyfikator REGON | 53150469500028 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Panaceum" | | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Strzelce Opolskie/47-100/Bolesława Chrobrego 1 | | |
| telefon/ telefony | 600214789 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | **POP** |
| Data wykreślenia z wykazu | 18.01.2021 | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 93** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "ZDROWIE". GREK, STOCHMIAŁEK, KNICZ, APOLONI. SPÓŁKA PARTNERSKA LEKARZY. | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Głogówek/48-250/Targowa 6 | | |
| telefon/ telefony: | '605 224 081 | | |
| identyfikator REGON | 16007336000029 | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "ZDROWIE". GREK, STOCHMIAŁEK, KNICZ, APOLONI. SPÓŁKA PARTNERSKA LEKARZY. | | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Głogówek/48-250/Targowa 6 | | |
| telefon/ telefony | 605 224 081 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | **POP** |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 94** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "ZDROWIE" w Kadłubie leszek Ryszard Spychała | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kadłub/47-100/Zamkowa 8 | | |
| telefon/ telefony: | 77 4636495 | | |
| identyfikator REGON | 531566182 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "ZDROWIE" w Kadłubie | | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kadłub/47-175/Zamkowa 8 | | |
| telefon/ telefony | 77 4636495 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | **POP** |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | NZOZ ZDROWIE | | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Strzelce Opolskie/47-100/Fryderyka Chopina 3/1 | | |
| telefon/ telefony | 602348500 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | **POP** |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 95** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "ŚRÓDMIEŚCIE" | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-047/Ludwika Waryńskiego 30 | | |
| telefon/ telefony: | '774412072 | | |
| identyfikator REGON | 53157728600020 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Poradnia Lekarza POZ | | **7** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-047/Ludwika Waryńskiego 30 | | |
| telefon/ telefony | 774412072 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020, 25-05-2021 zmiana | | **PSP** |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | **Punkt Szczepien Powszechnych** | | **9** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-083/Barlickiego 13 | | |
| telefon/ telefony | 739-000-392 | | |
| Data dodania do wykazu | 19.04.2021 | | **PSP** |
| Data wykreślenia z wykazu | 01.06.2021 | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 96** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "ARS - MED" ANDRZEJ SALIJ, CZESŁAW SOKÓŁ SPÓŁKA JAWNA | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lubsza/49-313/Szkolna 1c | | |
| telefon/ telefony: | 774118551 603850069 | | |
| identyfikator REGON | 53155428500020 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Poradnia Ogólna | | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lubsza/49-313/Szkolna 1c | | |
| telefon/ telefony | 774118551 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | **POP** |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Poradnia Lekarza POZ | | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Brzeg/49-300/Sergiusza Mossora 6 | | |
| telefon/ telefony | 774118551 603850069 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | **POP** |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 97** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | TAR-MED SPÓŁKA PARTNERSKA LEKARZY E. GOSPODAREK, G. GOSPODAREK, K. KACORZYK-MATYSIK | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Tarnów Opolski/46-050/Wapiennicza 1 | | |
| telefon/ telefony: | 774032295 | | |
| identyfikator REGON | 53157449000028 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Poradnia Ogólna | | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Tarnów Opolski/46-050/Wapiennicza 1 | | |
| telefon/ telefony | 774032295 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | **POP** |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Poradnia Ogólna | | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nakło/46-050/Przedszkolna 1 | | |
| telefon/ telefony | 774644114 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | **POP** |
| Data wykreślenia z wykazu | 21.08.2021 | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 98** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "CENTRUM" W OPOLU | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-062/Kościuszki 2 | | |
| telefon/ telefony: | 774020308 | | |
| identyfikator REGON | 53157017200021 | | |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 | | rodzaj punktu* | rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu) |
|---|---|---|---|
| nazwa: | Poradnia Lekarza POZ | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-062/Kościuszki 1 | | |
| telefon/ telefony | 774020317 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | POP |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Poradnia Lekarza POZ | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-061/Katowicka 91-93 | | |
| telefon/ telefony | 789 409 796 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | POP |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 99** | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | Samodzielny Publiczny Ośrodek Zdrowia w Walcach | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Walce/47-344/Zamkowa 85 | | |
| telefon/ telefony: | 774660111 | | |
| identyfikator REGON | '53166879300020 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Samodzielny Publiczny Ośrodek Zdrowia w Walcach | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Walce/47-344/Zamkowa 85 | | |
| telefon/ telefony | 774660111, 774660999 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | POP |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 100** | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | Niepubl. Zakład Opieki Zdrow. Przychodnia Lek. "ZDROWIE" A.Graczyk-Duda E.Raczyńska A.Walorski Spółka Partnerska Lekarzy | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grodków/49-200/Szpitalna 13 | | |
| telefon/ telefony: | 774155351 | | |
| identyfikator REGON | '53231472600029 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Poradnia Lekarza POZ | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grodków/49-200/Szpitalna 13 | | |
| telefon/ telefony | '774155351 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | POP |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 101** | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | Tomasz Bogatko Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "RUDNIKI" | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Rudniki/46-325/Żeromskiego 1 | | |
| telefon/ telefony: | 601 458 242 | | |
| identyfikator REGON | 272069185 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Tomasz Bogatko Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "RUDNIKI" | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Rudniki/46-325/Żeromskiego 1 | | |
| telefon/ telefony | 601 458 242 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | POP |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 102** | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | NZOZ "DOM-MED" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Głubczyce/48-100/ Żeromskiego 25c | | |
| telefon/ telefony: | '796786604 | | |
| identyfikator REGON | 366420425 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | NZOZ "DOM-MED" Sp. z o.o. | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Głubczyce/48-100/ul. Żeromskiego 25C | | |
| telefon/ telefony | 796786604 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | POP |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 103** | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Gamed s.c. Jolanta Karliczek Paweł Grzanka | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Dobrodzień/46-380/Parkowa 2a | | |
| telefon/ telefony: | 601808066 | | |
| identyfikator REGON | 16004749200027 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej GAMED | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Dobrodzień/46-380/ul. Parkowa 2a | | |
| telefon/ telefony | 343536590 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | POP |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 104** | | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Poradnia Medycyny Rodzinnej S.C. Alina Ryzner-Skrobocz Anna Rzemińska | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zdzieszowice/47-330/Filarskiego 19 | | |
| telefon/ telefony: | 77 48 42 745 | | |
| identyfikator REGON | 532202074 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Poradnia Medycyny Rodzinnej S.C. Alina Ryzner-Skrobocz Anna Rzemińska | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zdzieszowice/47-330/ul. Filarskiego 19 | | |
| telefon/ telefony | 660225981 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | POP |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 105** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Zespół Specjalistyczny Diagnostyczno-Leczniczy MEDREM-POLIKLINIKA Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-061/Katowicka 55 | | |
| telefon/ telefony: | 77 45 46 719, 77 45 48 160 | | |
| identyfikator REGON | 53053276100020 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Zespół Specjalistyczny Diagnostyczno-Leczniczy MEDREM-POLIKLINIKA Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-061/ul. Katowicka 55 | | |
| telefon/ telefony | 774232660 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | **POP** |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 106** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej NOMAG-MED. Magiera i Gibki Lekarska Spółka Partnerska | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łosiów/49-330/Słowackiego 1 | | |
| telefon/ telefony: | 602644306 | | |
| identyfikator REGON | 53155273100020 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Poradnia Lekarza POZ | | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łosiów/49-330/ul. Słowackiego 1 | | |
| telefon/ telefony | 602644306 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | **POP** |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Poradnia Lekarza POZ | | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Skorogoszcz/49-125/Opolska 27 | | |
| telefon/ telefony | 604426214 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | **POP** |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Poradnia Lekarza POZ | | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Olszanka/49-332/Olszanka 38a | | |
| telefon/ telefony | 602644365 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | **POP** |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 107** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | ZDROWIE S.C. H.KĘDZIERSKA A.POHL | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Biała/48-210/Opolska 2 | | |
| telefon/ telefony: | 774387010 | | |
| identyfikator REGON | 53157011400026 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Poradnia Lekarza POZ | | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Biała/48-210/ul. Opolska 2 | | |
| telefon/ telefony | 774387010 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | **POP** |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 108** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "MEDIKOR" Marek Dekiel | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kielcza/47-126/Księdza Wajdy 21 | | |
| telefon/ telefony: | 774049090 | | |
| identyfikator REGON | 53150470300029 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "MEDIKOR" | | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kielcza/47-126/ul. Księdza Wajdy 21 | | |
| telefon/ telefony | 774049090 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | **POP** |
| Data wykreślenia z wykazu | 04.02.2021 | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 109** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "VITA" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kamiennik/48-388/T. Kościuszki 2 | | |
| telefon/ telefony: | 774312187 | | |
| identyfikator REGON | 53167192100026 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Poradnia Ogólna | | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kamiennik/48-388/T. Kościuszki 2 | | |
| telefon/ telefony | 774312187 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | **POP** |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 110** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Przychodnia-Trzy Kotwice" S.C. E.Tuła-Granat P.Bednarz A.Szpak | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Brzeg/49-300/Trzech Kotwic 6 | | |
| telefon/ telefony: | 77 44 44 903 | | |
| identyfikator REGON | 53140551000026 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "PRZYCHODNIA - TRZY KOTWICE" s.c. | | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Brzeg/49-300/Trzech Kotwic 6 | | |
| telefon/ telefony | 774160088 | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | **POP** |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 111** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | Grażyna Barbara Mrugała-Marcyniuk | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Krępna/47-330/Jasiońska 8 | | |
| telefon/ telefony: | 774844497 | | |
| identyfikator REGON | 53121943400045 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet Lekarza POZ | | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Krępna/47-330/ul. Jasiońska 8 | | |
| telefon/ telefony | 692941931 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | **POP** |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 112** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | Gminny Ośrodek Zdrowia w Gogolinie | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gogolin/47-320/Szkolna 2 | | |
| telefon/ telefony: | 774076961 | | |
| identyfikator REGON | 16003220800021 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gminny Ośrodek Zdrowia | | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gogolin/47-320/ul. Szkolna 2 | | |
| telefon/ telefony | 774076970 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | **POP** |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 113** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | Zakład Opieki Zdrowotnej "ZDROWIE" s.c. Ewa i Leszek Kocowscy | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-641/Oświęcimska 92A | | |
| telefon/ telefony: | 774562717 | | |
| identyfikator REGON | 53166998200023 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Zakład Opieki Zdrowotnej "ZDROWIE" s.c. Ewa i Leszek Kocowscy | | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-641/ul. Oświęcimska 92A | | |
| telefon/ telefony | 501266130 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | **POP** |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 114** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | GRUPOWA PRAKTYKA LEKARSKA "NOWA PRZYCHODNIA" FLORCZAK ANDRZEJ, TOMCZYK RENATA, MUSIALIK-CELTA KRYSTYNA SPÓŁKA PARTNERSKA | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gogolin/47-320/Szkolna 2 | | |
| telefon/ telefony: | 774076973 | | |
| identyfikator REGON | 53167509500022 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Poradnia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej | | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gogolin/47-320/ul. Szkolna 2 | | |
| telefon/ telefony | 774076973 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | **POP** |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 115** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "VITA" s.c. Janina Szponarska, Bronisław Szponarski | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lewin Brzeski/49-340/Aleja Wojska Polskiego 21 | | |
| telefon/ telefony: | 774127276 | | |
| identyfikator REGON | 53157454300027 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "VITA" s.c. Janina Szponarska, Bronisław Szponarski | | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lewin Brzeski/49-340/al. Wojska Polskiego 21 | | |
| telefon/ telefony | 774127276 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | **POP** |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 116** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "ZDROWIE" Spółka Cywilna Paweł Łącki, Irena Konopka, Dariusz Roszczypała | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Namysłów/46-100/Mickiewicza 8 | | |
| telefon/ telefony: | 774101355 | | |
| identyfikator REGON | 53166744000023 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej ZDROWIE Spółka Cywilna | | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Namysłów/46-100/ul. Adama Mickiewicza 8 | | |
| telefon/ telefony | 774101355 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | **POP** |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 117** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | ZWM MALINKA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-285/Szarych Szeregów 72 | | |
| telefon/ telefony: | 774559799 234 774559799 234 608242298 | | |
| identyfikator REGON | 53165841200024 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Punkt Szczepień dla dzieci | | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-285/ul. Szarych Szeregów 72 | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| telefon/ telefony | 774559799 234 774559799 234 608242298 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | **POP** |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 118** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "OMEGA" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Paczków/48-370/Staszica 5 | | |
| telefon/ telefony: | 77 43 16 724 | | |
| identyfikator REGON | 53165316500024 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "OMEGA" Sp. z o.o. | | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Paczków/48-370/Staszica 5 | | |
| telefon/ telefony | 691755086 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | **POP** |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "OMEGA" Sp. z o.o. | | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Otmuchów/48-385/Krakowska 17 | | |
| telefon/ telefony | 691755086 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | **POP** |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 119** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | Artur Robert Świtała | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wierzbica Górna/46-255/Wierzbica Górna 67 | | |
| telefon/ telefony: | 774141327 | | |
| identyfikator REGON | 53157229000029 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Gabinet Pielęgniarki POZ | | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wierzbica Górna 67/46-250/ | | |
| telefon/ telefony | 604581256 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | **POP** |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 120** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | Krzysztof Banasik Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej przy "INPARCO" | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kędzierzyn-Koźle/47-232/Bolesława Krzywoustego 2 | | |
| telefon/ telefony: | 774832144 | | |
| identyfikator REGON | 53134678200030 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Poradnia Lekarza POZ | | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kędzierzyn-Koźle/47-220/Powstańców 70 | | |
| telefon/ telefony | 774832144 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | **POP** |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 121** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ - SPÓŁKA CYWILNA, GRAŻYNA BOROWIK - BZDZION, JOLANTA IDASIAK, ANNA MARIA ZYGMUNT | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Olesno/46-300/Jana Pieloka 14 | | |
| telefon/ telefony: | 34 35 05 370 | | |
| identyfikator REGON | 53166202300028 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Spółka Cywilna Grażyna Borowik-Bzdzion, Jolanta Idasiak, Anna Maria Zygmunt | | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Olesno/46-300/Pieloka 14 | | |
| telefon/ telefony | 343505370 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | **POP** |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 122** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | EL-MED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Otmuchów/48-385/Nyska 13 | | |
| telefon/ telefony: | 774390520, 774314912 | | |
| identyfikator REGON | 53243905000025 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Punkt Szczepień | | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Otmuchów/48-385/Nyska 13 | | |
| telefon/ telefony | 774390520 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | **POP** |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 123** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "CENTRUM" GRAŻYNA WASIAK | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Praszka/46-320/Szosa Gańska 3A | | |
| telefon/ telefony: | 343591186 | | |
| identyfikator REGON | 15089711700026 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Poradnia Alergologiczna | | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Praszka/46-320/Szosa Gańska 3A | | |
| telefon/ telefony | 343591186 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | **POP** |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 124** | | | |
| nazwa: | Leszek Kazimierz Oduliński | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kędzierzyn-Koźle/47-206/Plac Richarda Wagnera 9 | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| telefon/ telefony: | 774822686 | | |
| identyfikator REGON | 53074071000031 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Poradnia POZ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kędzierzyn-Koźle/47-206/Plac Richarda Wagnera 9 | | **1** |
| telefon/ telefony | 774822686 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | **POP** |
| Data wykreślenia z wykazu | 08.11.2021 | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 125** | | | |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "MEDYK" SOBÓTKA SPÓŁKA PARTNERSKA LEKARZY | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kluczbork/46-200/Grunwaldzka 20 | | |
| telefon/ telefony: | 774474600 | | |
| identyfikator REGON | 53223577700021 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Poradnia Lekarza POZ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kluczbork/46-200/Grunwaldzka 20 | | **1** |
| telefon/ telefony | 774474600 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | **POP** |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 126** | | | |
| nazwa: | PZU ZDROWIE SPÓŁKA AKCYJNA | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-706/pl. Józefa Piłsudskiego 5 | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| telefon/ telefony: | 774413234 | | |
| identyfikator REGON | 14334316600059 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Centrum Medyczne Medicus Zakład nr 1 | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-706/pl. Józefa Piłsudskiego 5 | | **1** |
| telefon/ telefony | 513103462 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | **POP** |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 127** | | | |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PRAKTYKA LEKARZY ROZINNYCH MEDICA S.C.B.BENICKI J.KUSTRA K.ADAMIK A.TOMCZYK | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Leśnica/47-150/Plac Narutowicza 27 | | |
| telefon/ telefony: | 774615324 | | |
| identyfikator REGON | 53155625500028 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Praktyka Lekarzy Rodzinnych "MEDICA" s.c. | | **0** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Leśnica/47-150/Plac Narutowicza 27 | | |
| telefon/ telefony | 774615324 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | **POP** |
| Data wykreślenia z wykazu | 14.06.2021 | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 128** | | | |
| nazwa: | Wiesław Bańczyk NZOZ ,,Zdrowie" | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ZĘBOWICE/46-048/Izydora Murka 3A | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| telefon/ telefony: | 77 4216018 | | |
| identyfikator REGON | 150056180 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Wiesław Bańczyk NZOZ ,,Zdrowie" | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ZĘBOWICE/46-048/Izydora Murka3A | | **1** |
| telefon/ telefony | 77 4216018 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | **POP** |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 129** | | | |
| nazwa: | OPTIMA MEDYCYNA SPÓŁKA AKCYJNA | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-861/Dambonia 171 | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| telefon/ telefony: | 77 887 21 21 | | |
| identyfikator REGON | 53096880800033 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Przychodnia Lekarska Dambonia Opole | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-861/Dambonia 171 | | **1** |
| telefon/ telefony | 77 887 21 21 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | **POP** |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Przychodnia Lekarska Nyska 1 Prudnik | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Prudnik/48-200/Nyska 1 | | **1** |
| telefon/ telefony | 77 547 01 40 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | **POP** |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Przychodnia Lekarska Racławice Śląskie | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Racławice/48-250/Zwycięstwa 60 | | **1** |
| telefon/ telefony | 77 437 65 88 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | **POP** |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 4** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Przychodnia Lekarska Dytmarów | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Dytmarów/48-231/Dytmarów 2a | | **1** |
| telefon/ telefony | 77 436 19 02 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | **POP** |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 130** | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PANACEUM S.C.MARKOWSKA-KARDYŚ ELŻBIETA SACHANBIŃSKA IWONA | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Chrząstowice/46-053/Polna 2B | | |
| telefon/ telefony: | 775506808 | | |
| identyfikator REGON | 53157273900023 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "PANACEUM" S.C. | | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Chrząstowice/46-053/Polna 2B | | |
| telefon/ telefony | 775506808 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | **POP** |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 131** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | GRUPOWA PRAKTYKA LEKARSKA PRO-FAMILIA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Namysłów/46-100/Pocztowa 7 | | |
| telefon/ telefony: | 774100468 | | |
| identyfikator REGON | 160361544 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | GRUPOWA PRAKTYKA LEKARSKA PRO-FAMILIA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Namysłów/46-100/Pocztowa 7/7 | | |
| telefon/ telefony | 774100468 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | **POP** |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 132** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | Adriana Beata Łukowska-Zdobylak | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Polska Cerekiew/47-260/1 Maja 13 | | |
| telefon/ telefony: | 774875129 | | |
| identyfikator REGON | 531601085 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Adriana Beata Łukowska-Zdobylak | | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Polska Cerekiew/47-260/1 Maja 13 | | |
| telefon/ telefony | 774875129 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | **POP** |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 133** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | CENTRUM MEDYCZNE PULS LATUSEK-MICHALSKA I OSMÓLSKI - SPÓŁKA PARTNERSKA LEKARZY | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kluczbork/46-203/Ligonia 14 F | | |
| telefon/ telefony: | 774185500 | | |
| identyfikator REGON | 16003728100026 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Punkt Szczepień | | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kluczbork/46-203/Ligonia 14 F | | |
| telefon/ telefony | 774185500 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | **POP** |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 134** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | DIAGNOSTYKA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kraków/31-864/prof. Michała Życzkowskiego 16 | | |
| telefon/ telefony: | 12 29 50 100 | | |
| identyfikator REGON | 356366975 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Punkt Szczepień | | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Olesno/46-300/Małe Przedmieście 14 | | |
| telefon/ telefony | 12 295 01 00 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | **POP** |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Punkt Szczepień | | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-551/Juliana Tuwima 1 | | |
| telefon/ telefony | 12 295 01 00 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | **POP** |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 135** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | LUX MED Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa/02-676/Postępu 21 C | | |
| telefon/ telefony: | 224504500 | | |
| identyfikator REGON | 140723603 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | CMR Medycyna Rodzinna | | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-273/Fieldorfa 2 | | |
| telefon/ telefony | 22 450 50 01 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | **POP** |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 136** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | Indywidualna Praktyka Lekarska GrażynaMackiewicz-Zabochnicka | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KORFANTÓW/48-317/3 MAJA 7 | | |
| telefon/ telefony: | 774351941 | | |
| identyfikator REGON | 531209654 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |

| | | | |
|---|---|---|---|
| nazwa: | Indywidualna Praktyka Lekarska GrażynaMackiewicz-Zabochnicka | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KORFANTÓW/48-317/3 MAJA 7 | | |
| telefon/ telefony | 774351941 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | POP |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 137** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Grupowa Praktyka Lekarza Rodzinnego G. Krajuszek-Schatt, U. Pasek, M. Świętojańska | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KĘDZIERZYN-KOŹLE/47-224/PL. JANA SURZYCKIEGO 1/I | | |
| telefon/ telefony: | 774833722 | | |
| identyfikator REGON | 53125119400022 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Grupowa Praktyka Lekarza Rodzinnego G. Krajuszek-Schatt, U. Pasek, M. Świętojańska | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KĘDZIERZYN-KOŹLE/47-224/PL. JANA SURZYCKIEGO 1/I | | |
| telefon/ telefony | 774833722 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | POP |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 138** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | Maria Teresa Czerner | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KORFANTÓW/48-317/3 MAJA 7 | | |
| telefon/ telefony: | 774009807 | | |
| identyfikator REGON | 532415752 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Maria Teresa Czerner | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KORFANTÓW/48-317/3 MAJA 7 | | |
| telefon/ telefony | 774009807 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | POP |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 139** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | REMEDIUM CHOLEWIŃSKI,MASZKOWSKA SPÓŁKA JAWNA | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BYCZYNA/46-220/MONIUSZKI 4 | | |
| telefon/ telefony: | 77 413 40 58 | | |
| identyfikator REGON | 53164907000022 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Remedium Byczyna Cholewiński, Maszkowska | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BYCZYNA/46-220/MONIUSZKI 4 | | |
| telefon/ telefony | 77 413 40 58 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | POP |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 140** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PANACEUM S.C.MARKOWSKA-KARDYŚ ELŻBIETA SACHANBIŃSKA IWONA | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Chrząstowice/746-053/ul. Polna 2B | | |
| telefon/ telefony: | 775506808 | | |
| identyfikator REGON | 53157273900023 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA OSOWIEC | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OSOWIEC/46-023/OLESKA 7 | | |
| telefon/ telefony | 507418812 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | POP |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 141** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ CYTRAMED JANINA CYTRYCKA | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RADŁÓW/46-331/DŁUGA 3 | | |
| telefon/ telefony: | 343599050 | | |
| identyfikator REGON | 15025791000021. | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | NZOZ CYTRAMED | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RADŁÓW/46-331/DŁUGA 3 | | |
| telefon/ telefony | 343599050 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | POP |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 142** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | Irena Topa-Dobrowolska | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PRÓSZKÓW/46-060/POLNA 1 | | |
| telefon/ telefony: | 774649007 | | |
| identyfikator REGON | 53120610100047 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | SAMODZIELNY NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "REMEDIA" | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PRÓSZKÓW/46-060/POLNA 1 | | |
| telefon/ telefony | 774649007 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | POP |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 143** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "ARS - MED" ANDRZEJ SALIJ, CZESŁAW SOKÓŁ SPÓŁKA JAWNA | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lubsza/49-313/Szkolna 1 C | | |
| telefon/ telefony: | 774118551 | | |
| identyfikator REGON | 53155428500020 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |

| | | | |
|---|---|---|---|
| nazwa: | PORADNIA POZ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KARŁOWICE/46-037/KOLEJOWA 8 | | 1 |
| telefon/ telefony | 774697226 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | POP |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 144** | | | |
| nazwa: | DOM ZDROWIA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | POPIELÓW/46-090/DWORCOWA 39 | | |
| telefon/ telefony: | 774 692 064 | | |
| identyfikator REGON | 369980870-00011 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PRZYCHODNIA RODZINNA DOM ZDROWIA | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | POPIELÓW/46-090/DWORCOWA 39 | | 1 |
| telefon/ telefony | 77 500 59 90 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | POP |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 145** | | | |
| nazwa: | MEDIPAK SPÓŁKA JAWNA CZESŁAW KOBYŁECKI, ZENON KAWECKI, DANUTA KOBYŁECKA | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | REŃSKA WIEŚ/48-314/ 76 | | |
| telefon/ telefony: | 774357685 | | |
| identyfikator REGON | 53166331800020 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA OGÓLNA | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | REŃSKA WIEŚ/48-314/ 76 | | 1 |
| telefon/ telefony | 774357685 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | POP |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 146** | | | |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej MEDYK Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | NIEMODLIN/49-100/OPOLSKA 30 B | | |
| telefon/ telefony: | 774 607 705 | | |
| identyfikator REGON | 53240653000027 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MEDYK SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | NIEMODLIN/49-100/OPOLSKA 30 B | | |
| telefon/ telefony | 774607704 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | POP |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 147** | | | |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŁUBNIANY/46-024/OPOLSKA 53 A | | |
| telefon/ telefony: | 774215006 | | |
| identyfikator REGON | 531582212 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | GMINNY OŚRODEK ZDROWIA | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŁUBNIANY/46-024/OPOLSKA 53 A | | 1 |
| telefon/ telefony | 774215006 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | POP |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 148** | | | |
| nazwa: | Justyna Joanna Łomny-Elias | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OPOLE/45-304/PIOTRKOWSKA 1 | | |
| telefon/ telefony: | 600853495 | | |
| identyfikator REGON | 16026079000041 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | GABINET PIELĘGNIARKI POZ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OPOLE/45-304/PIOTRKOWSKA 1 | | 1 |
| telefon/ telefony | 600853495 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | POP |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 149** | | | |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "MEDYK" SOBÓTKA SPÓŁKA PARTNERSKA LEKARZY | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kluczbork/46-200/ul. Grunwaldzka 20 | | |
| telefon/ telefony: | (077)447 46 00 | | |
| identyfikator REGON | 53223577700021 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PUNKT LEKARSKI LASOWICE MAŁE | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LASOWICE MAŁE/46-280/ODRODZENIA 10 | | 1 |
| telefon/ telefony | 774148221 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | POP |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 150** | | | |
| nazwa: | MEDICOM Spółka Cywilna | szczepienie personelu | szczepienie populacyjne |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KOMPRACHCICE/46-070/BILIŃSKIEGO 2 | | |
| telefon/ telefony: | 774646130 | | |
| identyfikator REGON | 16146636300025 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | MEDICOM S.C. | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KOMPRACHCICE/46-070/BILIŃSKIEGO 2 | | 1 |
| telefon/ telefony | 774646130 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | POP |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 151** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | NALIGONIA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GŁOGÓWEK/48-250/LIGONIA 2 | | |
| telefon/ telefony: | 602 349 066 | | |
| identyfikator REGON | 366841842 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | NALIGONIA SP. Z O.O. | | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | GŁOGÓWEK/48-250/LIGONIA 2 | | |
| telefon/ telefony | 734150798 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | **POP** |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 152** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Przychodnia-Trzy Kotwice" S.C. E.Tuła-Granat P.Bednarz A.Szpak | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Brzeg/49-300/ul. Trzech Kotwic 6 | | |
| telefon/ telefony: | 774444903 | | |
| identyfikator REGON | 53140551000026 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PORADNIA OGÓLNA | | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŁUKOWICE BRZESKIE/49-353/ 82 | | |
| telefon/ telefony | 774444903 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | **POP** |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 153** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | ZAKŁAD USŁUG MEDYCZNYCH "KAMMED" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Brzeg/49-300/ul. Ziemi Tarnowskiej 3 | | |
| telefon/ telefony: | 774161111 | | |
| identyfikator REGON | 53140471700029 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | ZUM KAMMED SP. Z O. O. | | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BRZEG/49-300/UL. HERBERTA 1 | | |
| telefon/ telefony | 774161111 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | **POP** |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | ZUM KAMMED SP. Z O. O. | | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SKARBIMIERZ OSIEDLE/49-318/UL. TOPOLOWA 16 | | |
| telefon/ telefony | 773330001 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | **POP** |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 154** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ S.C."MED-IZB" Knosala Bernard, Knosala Robert, Knosala Emilia | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | IZBICKO/47-180/POWSTAŃCÓW ŚLĄSKICH 34 | | |
| telefon/ telefony: | 77 461 72 88 | | |
| identyfikator REGON | 53154593200022 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PRZYCHODNIA | | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | IZBICKO/47-180/POWSTAŃCÓW ŚLĄSKICH 34 | | |
| telefon/ telefony | 77 461 72 88 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | **POP** |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 155** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | GRUPOWA PRAKTYKA LEKARSKA PRO-FAMILIA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | NAMYSŁÓW/46-100/POCZTOWA 7 | | |
| telefon/ telefony: | 774100468 | | |
| identyfikator REGON | 16036154400025 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | NZOZ GRUPOWA PRAKTYKA LEKARSKA PRO FAMILIA SP. Z O.O. | | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | NAMYSŁÓW/46-100/POCZTOWA 7 | | |
| telefon/ telefony | 774100468 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | **POP** |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | NZOZ GRUPOWA PRAKTYKA LEKARSKA PRO FAMILIA SP. Z O.O. | | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | NAMYSŁÓW/46-100/POCZTOWA 7 | | |
| telefon/ telefony | 774100468 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | **POP** |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 156** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "MED-VITA" S.C.MAŁGORZATA HOLLER DOROTA KĘCKA DOROTA SZUBELAK | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BRZEG/49-300/OFIAR KATYNIA 51 | | |
| telefon/ telefony: | 601 771 092 | | |
| identyfikator REGON | 531500906 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | NZOZ MED.-VITA S.C. | | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BRZEG/49-300/OFIAR KATYNIA 51 | | |
| telefon/ telefony | 774163215 | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 | | **POP** |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 157** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "ESKULAP" S.C. E. KOT-FILIPCZYK, L. FILIPCZYK, A. MATYSEK | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Dobrodzień/46-380/ul. Moniuszki 2 | | |
| telefon/ telefony: | 343575275 | | |
| identyfikator REGON | 53164960800025 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "ESKULAP" s.c. | | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Dobrodzień/46-380/ul. Moniuszki 2 | | |
| telefon/ telefony | 343575275 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | | **POP** |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 158** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ VITA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Olesno/46-300/ul. Ignacego Krasickiego 2 | | |
| telefon/ telefony: | 343582093 | | |
| identyfikator REGON | 382547290 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Punkt Szczepień | | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Olesno/46-300/ul. Ignacego Krasickiego 2 | | |
| telefon/ telefony | 606769457 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | | **POP** |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | NZOZ "VITA" SP. Z O.O. Kozłowice | | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kozłowice/46-310/ul. Oleska 5 | | |
| telefon/ telefony | 606769457 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | | **POP** |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 159** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "MED-PIAST" S.C.CICHOŃ K. KRZEMIŃSKI R. SKRZYPULEC M. KORDOWSKA-WILEŃSKA M. | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Strzelce Opolskie/47-100/ul. Os. Piastów Śl. 20 | | |
| telefon/ telefony: | 774630185 | | |
| identyfikator REGON | 53154500400028 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "MED-PIAST" S.C. | | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Strzelce Opolskie/47-100/Osiedle Piastów Śląskich 20 | | |
| telefon/ telefony | 774630180 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | | **POP** |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 160** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | Ewa Jarczyńska-Nimsz | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Czepielowice/49-314/Czepielowice 109a | | |
| telefon/ telefony: | 774159758 | | |
| identyfikator REGON | 531568040 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Poradnia Ogólna | | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Czepielowice/49-314/Czepielowice 109a | | |
| telefon/ telefony | 774159758 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | | **POP** |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Poradnia Ogólna | | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Mąkoszyce/49-315/ul. Pocztowa 3 | | |
| telefon/ telefony | 774122123 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | | **POP** |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 161** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | Indywidualna Praktyka Lekarska lek.med.Urszula Langiewicz-Borysow | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KOMORZNO/46-264/GŁÓWNA 36 | | |
| telefon/ telefony: | 48774149504 | | |
| identyfikator REGON | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Indywidualna Praktyka Lekarska lek.med.Urszula Langiewicz-Borysow | | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KOMORZNO/46-264/GŁÓWNA 36 | | |
| telefon/ telefony | 774149504 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | | **POP** |
| Data wykreślenia z wykazu | 18.01.2021 r. | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 162** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | PRAKTYKA LEKARSKA S.C,RÓŻA CHODARA MIKLUS KAZIMIERZ MIKLUS | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LEWIN BRZESKI/49-340/KOŚCIUSZKI 52 | | |
| telefon/ telefony: | 774127528 | | |
| identyfikator REGON | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | PRAKTYKA LEKARSKA S.C,RÓŻA CHODARA MIKLUS KAZIMIERZ MIKLUS | | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | LEWIN BRZESKI/49-340/KOŚCIUSZKI 52 | | |
| telefon/ telefony | 7741275 | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | | **POP** |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 163** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | Praktyka Lekarska Ewa Szczepaniak | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | DOMASZOWICE/46-146/STRZELECKA 3 | | |
| telefon/ telefony: | 774194111 | | |
| identyfikator REGON | 160075873 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Praktyka Lekarska Ewa Szczepaniak | | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | DOMASZOWICE/46-146/STRZELECKA 3 | | |
| telefon/ telefony | 662939514 | | |
| Data dodania do wykazu | 31.12.2020 r. | | **POP** |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 164** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | Marcinkowskiego Chudy Obara | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nysa/48-300/Marcinkowskiego 2-4 | | |
| telefon/ telefony: | 774091700 | | |
| identyfikator REGON | 53238426000025 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Poradnia Lekarza POZ | | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nysa/48-300/Marcinkowskiego 2-4 | | |
| telefon/ telefony | 774091700 | | |
| Data dodania do wykazu | 15.01.2021r. | | **POP** |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 165** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | PZU Zdrowie S.A. Oddział Centra Medyczne w Warszawie, Centrum Medyczne FCM Kędzierzyn-Koźle Mostowa | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kędzierzyn-Koźle/47-223/Mostowa 30B | | |
| telefon/ telefony: | 774054150, 510202360 | | |
| identyfikator REGON | 14334316600152 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Centrum Medyczne FCM Kędzierzyn-Koźle Mostowa | | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kędzierzyn-Koźle/47-223/Mostowa 30B | | |
| telefon/ telefony | 774054150, 510202360 | | |
| Data dodania do wykazu | 15.01.2021r. | | **POP** |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 166** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej - Przychodnia Rodzinna Mariacka sp. z o.o. | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nysa/48-300/Mariacka 6/8 | | |
| telefon/ telefony: | 774355602 | | |
| identyfikator REGON | 53163922500029 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej - Przychodnia Rodzinna Mariacka sp. z o.o. | | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nysa/48-300/Mariacka 6/8 | | |
| telefon/ telefony | 774355602 | | |
| Data dodania do wykazu | 15.01.2021r. | | **POP** |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 167** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej A.M.-MED. | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Świerczów/46-112/ Opolska 2 | | |
| telefon/ telefony: | 774199345 | | |
| identyfikator REGON | 53158607800027 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej A.M.-MED. Świerczów | | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Świerczów/46-112/ Opolska 2 | | |
| telefon/ telefony | 774199345 | | |
| Data dodania do wykazu | 15.01.2021r. | | **POP** |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 168** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | Małgorzta Medyk-Wójcik Praktyka Lekarska | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Namysłów/46-100/W.Sikorskiego 6 | | |
| telefon/ telefony: | 77 41 00 392 | | |
| identyfikator REGON | 53155914700024 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Małgorzta Medyk-Wójcik Praktyka Lekarska | | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Namysłów/46-100/W.Sikorskiego 6 | | |
| telefon/ telefony | 77 41 00 392 | | |
| Data dodania do wykazu | 01.04.2021 | | **POP** |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 169** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | ORTOPEDIA S.C. | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-222/Oleska 97 | | |
| telefon/ telefony: | 77 474 32 09 | | |
| identyfikator REGON | 16008888700032 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | ORTOPEDIA S.C. | | **1** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-222/Oleska 97 | | |
| telefon/ telefony | 77 474 32 09 | | |
| Data dodania do wykazu | 01.04.2021 | | **POP** |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 170** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | Centrum Medyczne PROMEDIC | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-062/T.Kościuszki 35 | | |
| telefon/ telefony: | 531 347 160 | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| identyfikator REGON | 93298032700020 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Centrum Medyczne PROMEDIC | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-062/T.Kościuszki 35 | | **1** |
| telefon/ telefony | 531 347 160 | | |
| Data dodania do wykazu | 01.04.2021 | | **POP** |
| Data wykreślenia z wykazu | 01.07.2021 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Centrum Medyczne PROMEDIC | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-404/Al.Solidarności 26 | | **1** |
| telefon/ telefony | 531 347 160 | | |
| Data dodania do wykazu | 12.04.2021 | | **POP** |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 171** | | | |
| nazwa: | VITAL MEDIC SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kluczbork/46-200/Skłodowskiej - Curie 21 | | |
| telefon/ telefony: | 77 447 10 00 | | |
| identyfikator REGON | 16028660100020 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | VITAL MEDIC SPÓŁKA Z.O.O - punkt szczepień | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kluczbork/46-200/Sportowa 7 | | **1** |
| telefon/ telefony | 77 549 27 00 | | |
| Data dodania do wykazu | 01.04.2021 | | **POP** |
| Data wykreślenia z wykazu | 20.04.2021 | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 172** | | | |
| nazwa: | DIABETICA Sp zo.o. | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nysa/48-300/Bohaterów Warszawy 27 | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| telefon/ telefony: | 77 544 41 00 | | |
| identyfikator REGON | 16031994400026 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | DIABETICA Sp zo.o. | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nysa/48-300/Bohaterów Warszawy 27 | | **1** |
| telefon/ telefony | 77 544 41 00 | | |
| Data dodania do wykazu | 12.04.2021 | | **POP** |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 173** | | | |
| nazwa: | NZOZ VITA SP | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kluczbork/46-200/Grunwaldzka 18 | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| telefon/ telefony: | 77 44 74 641 | | |
| identyfikator REGON | 53233871500030 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | NZOZ VITA SP | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kluczbork/46-200/Grunwaldzka 18 | | **1** |
| telefon/ telefony | 77 44 74 641 | | |
| Data dodania do wykazu | 12.04.2021 | | **POP** |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 174** | | | |
| nazwa: | NZOZ ESKULAP Sp. Partnerska Lekarzy | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Głuchołazy/48-340/Rynek 12-14 | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| telefon/ telefony: | 774391405 | | |
| identyfikator REGON | 53157053900024 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | NZOZ ESKULAP Sp. Partnerska Lekarzy | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Głuchołazy/48-340/Rynek 12-14 | | **1** |
| telefon/ telefony | 774391405 | | |
| Data dodania do wykazu | 04.05.2021 | | **POP** |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 175** | | | |
| nazwa: | NZOZ HELP-MED. s.c. | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Prudnik/48-200/Prężyńska 2 | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| telefon/ telefony: | 698649042 | | |
| identyfikator REGON | 16028414000028 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | NZOZ HELP-MED. s.c. | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Dobra/47364/Prudnicka 68 | | **1** |
| telefon/ telefony | 698649042 | | |
| Data dodania do wykazu | 04.05.2021 | | **POP** |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | NZOZ HELP-MED. s.c. | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łącznik/48-210/Sportowa 2a | | **1** |
| telefon/ telefony | 698649042 | | |
| Data dodania do wykazu | 04.05.2021 | | **POP** |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 176** | | | |
| nazwa: | Apteka WZGEM Sp. z o.o. | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gdańsk/80-309/al.Grunwaldzka 411 | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| telefon/ telefony: | (058)770 18 80 | | |
| identyfikator REGON | 363098153 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Apteka Gemini | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-068/ul. 1 Maja 13/1A | | **APT** |
| telefon/ telefony | 774066564 | | |
| Data dodania do wykazu | 23.06.2021 | | **3** |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 177** | | | |
| nazwa: | Magistrowie Farmacji Widelska Ogrodnik Sp. J. | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-364/ul. Słowackiego 2 | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| telefon/ telefony: | brak | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| identyfikator REGON | 369781052 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | APTEKA GEMINI | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zawadzkie/47-120/ul. Opolska 34 | | **APT** |
| telefon/ telefony | 774616868 | | |
| Data dodania do wykazu | 23.06.2021 | | **2** |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | APTEKA GEMINI | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-364/Słowackiego 2 | | **APT** |
| telefon/ telefony | 774542321 | | |
| Data dodania do wykazu | 28.06.2021 | | **2** |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 178** | | | |
| nazwa: | JK Pharm Katarzyna Jaśkowiec Sp.j. | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Popielów/46-090/ul.Wolności 14 | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| telefon/ telefony: | +48 77 401 07 16 | | |
| identyfikator REGON | 363774298 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Apteka LAWENDOWA | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Popielów/46-090/ul.Wolności 14 | | **APT** |
| telefon/ telefony | 774010716 | | |
| Data dodania do wykazu | 23.06.2021 | | **2** |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 179** | | | |
| nazwa: | I-PHARM, GRZEGORZ JAŚKOWIEC SPÓŁKA JAWNA | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-056/pl. Teatralny 13 | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| telefon/ telefony: | (077)404 70 10 | | |
| identyfikator REGON | 160061730 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Apteka Prószkowska | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Prószków/46-060/ul. Daszyńskiego 1b | | **APT** |
| telefon/ telefony | 77 404 70 10 | | |
| Data dodania do wykazu | 28.06.2021 | | **1** |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 180** | | | |
| nazwa: | Druga Apteka Zdrowit spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Piekary Śląskie/41-943/Diamentowa 3 | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| telefon/ telefony: | brak | | |
| identyfikator REGON | 243262000 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Apteka Zdrowit | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Głubczyce/48-100/pl. 1 Maja 9 | | **APT** |
| telefon/ telefony | 774850912 | | |
| Data dodania do wykazu | 28.06.2021 | | **2** |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 181** | | | |
| nazwa: | APOTEX SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Otmuchów/48-385/Sienkiewicza 12 | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| telefon/ telefony: | brak | | |
| identyfikator REGON | 532230768 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | APTEKA CENTRUM | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nysa/48-300/ul. Mariacka 10 | | **APT** |
| telefon/ telefony | 774025034 | | |
| Data dodania do wykazu | 28.06.2021 | | **2** |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa/ nazwa apteki: | APTEKA CENTRUM | | **APT** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nysa/48-300 /Bolesława Krzywoustego 6 | - | |
| telefon/ telefony | 774093785 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 09.09.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 182** | | | |
| nazwa: | Apteka Zdrowit sp. z o.o. | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Piekary Śląskie/41-940/Piotra Skargi 13 | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| telefon/ telefony: | brak | | |
| identyfikator REGON | 243175659 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Apteka Zdrowit | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kluczbork/46-200/ul. Księdza Ściegiennego 5 | | **APT** |
| telefon/ telefony | 77-417-40-16 | | |
| Data dodania do wykazu | 28.06.2021 | | **2** |
| Data wykreślenia z wykazu | 17.08.2021 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa: | Apteka Zdrowit | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-401-ul. Bielska 1 | | **APT** |
| telefon/ telefony | 775507300 | | |
| Data dodania do wykazu | 02.07.2021 | | **2** |
| Data wykreślenia z wykazu | 22.07.2021 | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 183** | | | |
| nazwa: | Gruper Sp. z o.o. Sp. k. | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kraków/31-038/Starowiślna 1 | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| telefon/ telefony: | brak | | |
| identyfikator REGON | 351590946 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa/ nazwa apteki: | Niezapominajka dla całej rodziny | | **APT** |

| | | | |
|---|---|---|---|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nysa/48-300/ul. Celna 23a | - | APT |
| telefon/ telefony | 513065183 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 01.07.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 184** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | OPIEKA FARMACEUTYCZNA KARWOWSKI BAJ SPÓŁKA JAWNA | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kędzierzyn-Koźle/47-220/Harcerska 13 | | |
| telefon/ telefony: | brak | | |
| identyfikator REGON | 369733604 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa/ nazwa apteki: | Apteka Gemini | - | APT |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Strzelce Opolskie/47-100/ul. Opolska 6 | | |
| telefon/ telefony | 774179003 | | 2 |
| Data dodania do wykazu | 01.07.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa/ nazwa apteki: | Apteka GEMINI | - | APT |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kędzierzyn-Koźle/47-220/ul. Harcerska 13 | | |
| telefon/ telefony | 774872025 | | 4 |
| Data dodania do wykazu | 02.07.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 185** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | Apteka Centralna Spółka Jawna mgr farm. Alicja Gadzińska | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-418/ul. Aleja Wincentego Witosa 26 | | |
| telefon/ telefony: | 774520899 | | |
| identyfikator REGON | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa/ nazwa apteki: | APTEKA CENTRALNA | - | APT |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-418/ul. Aleja Wincentego Witosa 26 | | |
| telefon/ telefony | 774520899 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 01.07.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 186** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | Dolnośląska Grupa Apteczna S.A. | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Bieruń/43-150/ul. Chemików 3 | | |
| telefon/ telefony: | brak | | |
| identyfikator REGON | 932692054 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa/ nazwa apteki: | Apteka LEKOSFERA DGA 9 | - | APT |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Brzeg/49-300/Łokietka 24a | | |
| telefon/ telefony | 77 404 50 66 | | 2 |
| Data dodania do wykazu | 13.07.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa/ nazwa apteki: | Apteka LEKOSFERA DGA18 | - | APT |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Brzeg/49-300 /Długa 2 | | |
| telefon/ telefony | 774165062 | | 1 |
| Data dodania do wykazu | 04.10.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 187** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | ZIKO APTEKA Sp. z o.o. | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kraków/31-216/Legnicka 5 | | |
| telefon/ telefony: | brak | | |
| identyfikator REGON | 120228256 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa/ nazwa apteki: | ZIKO APTEKA | - | APT |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kędzierzyn-Koźle/47-220/Aleja Armii Krajowej 38/040 | | |
| telefon/ telefony | 775400883 | | 2 |
| Data dodania do wykazu | 04.08.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa/ nazwa apteki: | ZIKO APTEKA | - | APT |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kędzierzyn - Koźle/47-220/Wojska Polskiego 7 | | |
| telefon/ telefony | 798905430 | | 2 |
| Data dodania do wykazu | 13.01.2022 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa/ nazwa apteki: | ZIKO APTEKA | - | APT |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-018/ul.Krakowska 31a | | |
| telefon/ telefony | 77 54 00 882 | | 2 |
| Data dodania do wykazu | 10.02.2022 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 188** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | MAGISTROWIE FARMACJI WIDELSKA OGRODNIK SPÓŁKA JAWNA | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-364/Słowackiego 2 | | |
| telefon/ telefony: | brak | | |
| identyfikator REGON | 369781052 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa/ nazwa apteki: | | - | APT |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Krapkowice/47-303/Pocztowa 2 | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| telefon/ telefony | 881032439 | | **3** |
| Data dodania do wykazu | 17.08.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 189** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | APTEKA MEDICA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kluczbork/46-203/Waryńskiego 2 | | |
| telefon/ telefony: | brak | | |
| identyfikator REGON | 532379542 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa/ nazwa apteki: | Ziko Apteka | - | **APT** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kluczbork/46-200/ul. Marszałka Piłsudskiego 12 | | |
| telefon/ telefony | 775400886 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 26.08.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 190** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | ANNA SANDOMIERSKA | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nysa/48-300/ul. Kolejowa 2A | | |
| telefon/ telefony: | brak | | |
| identyfikator REGON | 530988774 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa/ nazwa apteki: | Apteka | - | **APT** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nysa/48-300/ul. Kolejowa 2A | | |
| telefon/ telefony | 77 433 85 46 | | **2** |
| Data dodania do wykazu | 26.08.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa/ nazwa apteki: | APTEKA NASZA | - | **APT** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Otmuchów/48-385/ul. Nyska 7/1 | | |
| telefon/ telefony | 774315136 | | **2** |
| Data dodania do wykazu | 26.08.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa/ nazwa apteki: | APTEKA "NA DOBRE I NA ZŁE"- CENTRUM FARMACEUTYCZNE | - | **APT** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nysa/48-300 /Celna 26/5U | | |
| telefon/ telefony | 774560077 | | **2** |
| Data dodania do wykazu | 10.09.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 4** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa/ nazwa apteki: | NA DOBRE I NA ZŁE | - | **APT** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nysa/48-300/ul. Prudnicka 7/U2 | | |
| telefon/ telefony | 774336633 | | **2** |
| Data dodania do wykazu | 03.11.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 191** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | SUPER-PHARM POLAND SP. Z O.O | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa/02-672/Domaniewska 48 | | |
| telefon/ telefony: | brak | | |
| identyfikator REGON | 16317049 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa/ nazwa apteki: | Apteka SUPER-PHARM | - | **APT** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zawada/46-022/ul. Dębowa 1 | | |
| telefon/ telefony | 684196965 | | **3** |
| Data dodania do wykazu | 26.08.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa/ nazwa apteki: | SUPER-PHARM | - | **APT** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-025/ul. Krakowska 45/47 | | |
| telefon/ telefony | 77 541 74 70 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 26.08.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 192** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | Przychodnia Medica Danuta Marcjasz | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Olesno/46-300/ul.Lipowa 5 | | |
| telefon/ telefony: | 605602951 | | |
| identyfikator REGON | 53164994000021 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa/ nazwa apteki: | Przychodnia Medica Danuta Marcjasz | **P** | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Olesno/46-300/ul.Lipowa 5 | | |
| telefon/ telefony | 605602951 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 01.09.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 02.09.2021 | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 193** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | ENAMEL SP. Z O.O. | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole / 45-316 / Tarnopolska 109/7 | | |
| telefon/ telefony: | 793008096 | | |
| identyfikator REGON | 16147982200025 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa/ nazwa apteki: | ENAMEL | **P** | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole / 45-765 / Marii S. - CURIE 8 | | |
| telefon/ telefony | 536514013 | | **2** |
| Data dodania do wykazu | 07.09.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 194** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | Centrum Ratownictwa Specjalistycznego Ankar sp. z o.o. | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole / 45-831/ ul. Wspólna 9 | | |
| telefon/ telefony: | 539333606 | | |
| identyfikator REGON | 364944182 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa/ nazwa apteki: | Centrum Ratownictwa Specjalistycznego Ankar sp. z o.o. | - | **WPS** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Pokrzywna / 48-340 / Pokrzywna 24 | | |
| telefon/ telefony | 539333606 | | **5** |
| Data dodania do wykazu | 01.09.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | przeniesiono do Części VIIA | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 195** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | Fabryka Zdrowia HK sp z.o.o | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole / 45-064 / H. Kołłątaja 10 | | |
| telefon/ telefony: | 516550330 | | |
| identyfikator REGON | 38920538700011 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa/ nazwa apteki: | Fabryka zdrowia drHoly | **P** | **POP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole / 45-064 / H. Kołłątaja 10 | | |
| telefon/ telefony | 516550330 | | **3** |
| Data dodania do wykazu | 01.09.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 196** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | URBANOWICZ SPÓŁKA JAWNA | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Strzelce Opolskie/47-100/Marka Prawego 7/1E | | |
| telefon/ telefony: | brak | | |
| identyfikator REGON | 531279904 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa/ nazwa apteki: | DOZ APTEKA. Dbam o Zdrowie | - | **APT** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Strzelce Opolskie/47-100/Marka Prawego 7/1E | | |
| telefon/ telefony | 774618900 | | **2** |
| Data dodania do wykazu | 11.10.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 197** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | APTEKA PRZYJAZNA BARBARA SZCZEGIELNIAK | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-759/ul. Wróblewskiego 46 | | |
| telefon/ telefony: | brak | | |
| identyfikator REGON | 160088226 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa/ nazwa apteki: | Apteka PRZYJAZNA 5 | - | **APT** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-920/ul. Janiny Kłopockiej 1/6 | | |
| telefon/ telefony | 774592687 | | **2** |
| Data dodania do wykazu | 03.11.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 198** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | GALEN 2002 SPÓŁKA Z OGRANICZONA ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa/03-944/Plac Przymierza 6 | | |
| telefon/ telefony: | brak | | |
| identyfikator REGON | 15773644 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa/ nazwa apteki: | APTEKA DBAM O ZDROWIE | - | **APT** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kluczbork/46-200/ul. Jagiellońska 14 | | |
| telefon/ telefony | 736698029 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 03.11.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 199** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | HERBA LTD TERESA TOMKÓW | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kluczbork/46-200/ul/ul. Styki 1 | | |
| telefon/ telefony: | brak | | |
| identyfikator REGON | 531553920 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa/ nazwa apteki: | APTEKA HERBA | - | **APT** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lasowice Wielkie/46-282/Lasowice Wielkie 99a | | |
| telefon/ telefony | 774141626 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 18.11.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa/ nazwa apteki: | APTEKA NA ZDROWIE | - | **APT** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Olesno/46-300/ul. Klonowa 1 | | |
| telefon/ telefony | 343509650 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 26.11.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 200** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | APTEKA URTICA Agnieszka Kuterska | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kędzierzyn-Koźle/47-232/ul. Królowej Jadwigi 12 | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| telefon/ telefony: | brak | | |
| identyfikator REGON | 531664520 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa/ nazwa apteki: | Apteka Urtica | - | **APT** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kędzierzyn-Koźle/47-232/ul. Królowej Jadwigi 12 | | |
| telefon/ telefony | 774819066 | | **2** |
| Data dodania do wykazu | 29.11.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 201** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | OZ 5 SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gdynia/81-521/Śląska 53 lok. 102B | | |
| telefon/ telefony: | brak | | |
| identyfikator REGON | 361598928 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa/ nazwa apteki: | DR. MAX | - | **APT** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Strzelce Opolskie/47-100/Osiedle Piastów Śląskich 15 | | |
| telefon/ telefony | 774610292 | | **2** |
| Data dodania do wykazu | 06.12.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 202** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | APTEKARZE ZBYRAD ZAGÓRSKA SP.J. | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Częstochowa/42-220/Aleja Najświętszej Maryi Panny 18 | | |
| telefon/ telefony: | brak | | |
| identyfikator REGON | 369813496 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa/ nazwa apteki: | Apteka Gemini | - | **APT** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kluczbork/46-200/ul. Grunwaldzka 20 | | |
| telefon/ telefony | 774033549 | | **2** |
| Data dodania do wykazu | 06.12.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 203** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | Apteka Pod Lipami Spółka Jawna Maria Kowalska Stanisław Kowalski | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Leśnica/47-150/Plac Narutowicza 2 | | |
| telefon/ telefony: | brak | | |
| identyfikator REGON | 531671163 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa/ nazwa apteki: | Apteka Pod Lipami | - | **APT** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Leśnica/47-150/Plac Narutowicza 2 | | |
| telefon/ telefony | 774615314 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 10.12.2021 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 204** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | REGINA BABIAK APTEKA OTMUCHOWSKA | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Otmuchów/48-385/Rynek 39 B | | |
| telefon/ telefony: | brak | | |
| identyfikator REGON | 530505050 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa/ nazwa apteki: | APTEKA OTMUCHOWSKA | - | **APT** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Otmuchów/48-385/Rynek 39 B | | |
| telefon/ telefony | 774314416 | | **2** |
| Data dodania do wykazu | 05.01.2022 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 205** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | APTEKA POŁUDNIOWA Błahitka spółka jawna | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Brzeg/49-305/Brzechwy 3 | | |
| telefon/ telefony: | brak | | |
| identyfikator REGON | 532227476 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa/ nazwa apteki: | DOZ Apteka.Dbam o Zdrowie.Południowa | - | **APT** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Brzeg/49-305/Brzechwy 3 | | |
| telefon/ telefony | 774111865 | | **3** |
| Data dodania do wykazu | 05.01.2022 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 206** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | Apteka Zdrowie mgr farm. Jacek Hylak | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Głubczyce/48-100/Powstańców 11a/1 | | |
| telefon/ telefony: | brak | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| identyfikator REGON | 530533660 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa/ nazwa apteki: | APTEKA ZDROWIE | - | **APT** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Głubczyce/48-100/Powstańców 11a/1 | | |
| telefon/ telefony | 774853114 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 05.01.2022 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 207** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | Apteka Zdrowie Monika Hylak | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Prudnik/48-200/Łangowskiego 2 | | |
| telefon/ telefony: | brak | | |
| identyfikator REGON | 161556244 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa/ nazwa apteki: | Apteka Zdrowie | - | **APT** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Prudnik/48-200/Łangowskiego 2 | | |
| telefon/ telefony | 774360738 | | **2** |
| Data dodania do wykazu | 05.01.2022 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą/ podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 208** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | BURCHACIŃSCY SPÓŁKA AKCYJNA spółka komandytowa | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wieluń/98-300/św. Barbary4 | | |
| telefon/ telefony: | brak | | |
| identyfikator REGON | 730292865 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa/ nazwa apteki: | APTEKI BURCHACIŃSCY; WEJDŹ PO ZDROWIE | - | **APT** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Praszka/46-320/Senatorska 31 | | |
| telefon/ telefony | 343588218 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 13.01.2022 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa/ nazwa apteki: | Apteki Burchacińscy; wejdź po zdrowie! | - | **APT** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nysa/48-300/ Marszałka Józefa Piłsudskiego 1a | | |
| telefon/ telefony | 774026438 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 13.01.2022 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą / podmiot prowadzący aptekę** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | Centrum Tanich Leków sp. z o.o. | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Katowice/40-058/ul. Marii Skłodowskiej-Curie 22/23 | | |
| telefon/ telefony: | brak | | |
| identyfikator REGON | 160275885 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa/ nazwa apteki: | DR. MAX | - | **APT** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Brzeg/49-300/ul. Piastowska 17-19 | | |
| telefon/ telefony | 77 404-30-28 | | **2** |
| Data dodania do wykazu | 31.01.2022 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą / podmiot prowadzący aptekę** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | ANNA ZAKLIKA | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Olesno/46-300/ul. Jana Pieloka 13 | | |
| telefon/ telefony: | brak | | |
| identyfikator REGON | 160043815 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa/ nazwa apteki: | NA DOBRE I NA ZŁE | - | **APT** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Olesno/46-300/ul. Jana Pieloka 13 | | |
| telefon/ telefony | 343583325 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 03.02.2022 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą / podmiot prowadzący aptekę** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | APTEKA W STD REAL PRZEDSIĘBIORSTWO FARMACEUTYCZNE MULTI-LEK G.SZYMAŃSKA | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-273/ul. Kazimierza Sosnkowskiego 16 | | |
| telefon/ telefony: | brak | | |
| identyfikator REGON | 531542862 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa/ nazwa apteki: | APTEKA W STD real MULTI - LEK | - | **APT** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-273/ul. Kazimierza Sosnkowskiego 16 | | |
| telefon/ telefony | 774581109 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 03.02.2022 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą / podmiot prowadzący aptekę** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | ZIOŁO-LEK M.ZAKLIKA & A.PIOTROWIAK SPÓŁKA JAWNA | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Olesno/46-300/ul. Małe Przedmieście 28 | | |
| telefon/ telefony: | brak | | |
| identyfikator REGON | 532201910 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |

| | | | |
|---|---|---|---|
| nazwa/ nazwa apteki: | NA DOBRE I NA ZŁE | - | **APT** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Olesno/46-300/ul. Małe Przedmieście 28 | | |
| telefon/ telefony | 343598176 | | **1** |
| Data dodania do wykazu | 03.02.2022 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą / podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną 213** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | JP PHARM Katarzyna Jaśkowiec Spółka Jawna | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Komprachcice/46-070/ul. Kolejowa 2A | | |
| telefon/ telefony: | 77 451 40 51 | | |
| identyfikator REGON | 161551034 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa/ nazwa apteki: | Apteka Zielona | - | **APT** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Komprachcice/46-070/ul. Kolejowa 2A | | |
| telefon/ telefony | 77 451 50 41 | | **2** |
| Data dodania do wykazu | 10.02.2022 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą / podmiot prowadzący aptekę** | | **szczepienie personelu** | **szczepienie populacyjne** |
| nazwa: | Przedsiębiorstwo Zaopatrzenia Farmaceutycznego CEFARM Warszawa | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Katowice/40-541/Szopienicka 77 | | |
| telefon/ telefony: | brak | | |
| identyfikator REGON | 012859010 | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **rodzaj punktu*** | **rodzaj punktu*, liczba zespołów (w miejscu)** |
| nazwa/ nazwa apteki: | APTEKA CEF@RM 36,6 | - | **APT** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nysa/48-303/Marszałka Józefa Piłsudskiego 47 | | |
| telefon/ telefony | 774091582 | | **2** |
| Data dodania do wykazu | 22.03.2022 | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | |

* W - szpital węzłowy, P - pozostałe podmioty szczepiące personel (w tym szczepiące swoich pacjentów (m.in. ZOL), POP - punkt szczepień populacyjnych, PSP - punkt szczepień powszechnych, DT - punkt typu drive-thru, WPS - wyjazdowy punkt szczepień, APT - punkt szczepień w aptece ogólnodostępnej

**Dyrektor OOWNFZ**
**Robert Bryk**

**Opole, dnia 29.03.2022 r.**

**CZĘŚĆ VIIA.**

**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: | Krapkowickie Centrum Zdrowia |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Krapkowice/ 47-303/XXX-lecia 21 |
| telefon/ telefony: | 506868430 |
| identyfikator REGON | 16021349900014 |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 (obszar)** | **liczba zespołów** |
| obszar działania: | 2 |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 2** | |
| nazwa: | NZOZ ELIASMED |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-304/ul. Piotrkowska 1 |
| telefon/ telefony: | 600853495 |
| identyfikator REGON | 16026079000041 |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 (obszar)** | **liczba zespołów** |
| obszar działania: | 1 |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 3** | |
| nazwa: | Centrum Ratownictwa Specjalistycznego Ankar sp. z o.o. Pokrzywna |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Pokrzywna/48-340/Pokrzywna 24 |
| telefon/ telefony: | 539333606 |
| identyfikator REGON | 36494418200017 |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1 (obszar)** | **liczba zespołów** |
| obszar działania: całe województwo | 5 |
| | |

**Dyrektor OOWNFZ**
**Robert Bryk**

**Opole, dnia 21 września 2021 r.**

Załącznik nr 1 do zarządzenia Nr 13/2022/DSOZ Prezesa NFZ, z dnia 28 stycznia 2022 r.

**CZĘŚĆ VIIB.**

**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 przewlekła niewydolnością nerek w stacji dializ | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 1** | | |
| nazwa: | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Zespół Opieki Zdrowotnej w | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Marii Curie-Skłodowskiej 16, 48-340 Głuchołazy | |
| telefon/ telefony: | 774391950 | |
| identyfikator REGON | 000317665 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów** |
| nazwa: | Oddział Pulmonologiczny z Pododdziałem Chemioterapii | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Głuchołazy/ 48-340/ Józefa Lompy 2 | |
| telefon/ telefony | 77 4009315 | |
| Data dodania do wykazu | 08.03.2021 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 2** | | |
| nazwa: | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Specjalistyczny Ministerstwa | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Głuchołazy/ 48-340/ Mieczysława Karłowicza 40 | |
| telefon/ telefony: | 77 4080123 | |
| identyfikator REGON | 531172135 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów** |
| nazwa: | Oddział Chorób Płuc i Gruźlicy | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Głuchołazy/ 48-340/ Mieczysława Karłowicza 40 | |
| telefon/ telefony | 77 4080289, 4080453 | |
| Data dodania do wykazu | 08.03.2021 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |

| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 3** | | |
|---|---|---|
| nazwa: | Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Kędzierzynie-Koźlu | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kędzierzyn-Koźle/ 47-200/ 24 Kwietnia 5 | |
| telefon/ telefony: | 77 4062400 | |
| identyfikator REGON | 000314661 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów** |
| nazwa: | Poradnia Urologiczna | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kędzierzyn-Koźle/ 47-200/ 24 Kwietnia 7 | |
| telefon/ telefony | 77 4062526 | |
| Data dodania do wykazu | 08.03.2021 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **liczba zespołów** |
| nazwa: | Oddział Urologiczny | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kędzierzyn-Koźle/ 47-200/ Franklina Delano Roosevelta 2 | |
| telefon/ telefony | 77 4062496 | |
| Data dodania do wykazu | 08.03.2021 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 4** | | |
| nazwa: | Stobrawskie Centrum Medyczne spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kup/ 45-082/ Karola Miarki 14 | |
| telefon/ telefony: | 77 4032850 | |
| identyfikator REGON | 530938517 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów** |
| nazwa: | Oddział Chorób Płuc | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kup/ 45-082/ Karola Miarki 14 | |
| telefon/ telefony | 77 4032841 | |
| Data dodania do wykazu | 08.03.2021 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |

| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 5** | | |
|---|---|---|
| nazwa: | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej - Opolskie Centrum Onkologii | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/ 45-060/ Katowicka 66A | |
| telefon/ telefony: | 77 4416001 | |
| identyfikator REGON | 531420768 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów** |
| nazwa: | Poradnia Chemioterapii | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/ 45-060/ Katowicka 66A | |
| telefon/ telefony | 77 4416004 | |
| Data dodania do wykazu | 08.03.2021 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **liczba zespołów** |
| nazwa: | Oddział Onkologii Klinicznej z Odcinkiem Dziennym | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/ 45-060/ Katowicka 66A | |
| telefon/ telefony | 77 4416090 | |
| Data dodania do wykazu | 08.03.2021 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3** | | **liczba zespołów** |
| nazwa: | Oddział Ginekologii Onkologicznej | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/ 45-060/ Katowicka 66A | |
| telefon/ telefony | 77 4416087 | |
| Data dodania do wykazu | 08.03.2021 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 4** | | **liczba zespołów** |
| nazwa: | Oddział Radioterapii | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/ 45-060/ Katowicka 66A | |
| telefon/ telefony | 77 4416126 | |

| | | |
|---|---|---|
| Data dodania do wykazu | 08.03.2021 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 6** | | |
| nazwa: | Szpital Wojewódzki w Opolu spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/ 45-372/ Augustyna Kośnego 53 | |
| telefon/ telefony: | 77 4433100 | |
| identyfikator REGON | 531418151 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów** |
| nazwa: | Oddział Kliniczny Hematologii, Onkologii Hematologicznej i Chorób Wewnętrznych | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/ 45-372/ Augustyna Kośnego 53 | |
| telefon/ telefony | 77 4433690 | |
| Data dodania do wykazu | 08.03.2021 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **liczba zespołów** |
| nazwa: | Oddział Pulmonologii | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/ 45-372/ Augustyna Kośnego 53 | |
| telefon/ telefony | 77 4433284 | |
| Data dodania do wykazu | 08.03.2021 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3** | | **liczba zespołów** |
| nazwa: | Poradnia Hematologiczna | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/ 45-372/ Augustyna Kośnego 53 | |
| telefon/ telefony | 77 4433079 | |
| Data dodania do wykazu | 08.03.2021 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |

| | | |
|---|---|---|
| **Przyczyna utworzenia tymczasowego punktu szczepień przeciw COVID-19** | Zaszczepienie osób z przewlekłą niewydolnością nerek w stacji dializ | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 7** | | |
| nazwa: | Zespół Opieki Zdrowotnej w Oleśnie | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Olesno/46-300/Klonowa 1 | |
| telefon/ telefony: | 034/350 96 65 | |
| identyfikator REGON | 00030658400030 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów** |
| nazwa: | Zespół Opieki Zdrowotnej w Oleśnie | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Olesno/46-300/ul. Klonowa 1 | |
| telefon/ telefony | 34/35 09 657 | |
| Data dodania do wykazu | 08.03.2021 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 8** | | |
| nazwa: | Szpital Wojewódzki w Opolu spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-372/Augustyna Kośnego 53 | |
| telefon/ telefony: | 77/443 31 00 | |
| identyfikator REGON | 531418151 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów** |
| nazwa: | Szpital Wojewódzki w Opolu spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/ 45-372/ul. Augustyna Kośnego 53 | |
| telefon/ telefony | 500 578 727 | |
| Data dodania do wykazu | 08.03.2021 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 9** | | |
| nazwa: | Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Opolu | |

| | | |
|---|---|---|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-401/Aleja Wincentego Witosa 26 | |
| telefon/ telefony: | 77/452 01 11 | |
| identyfikator REGON | 53051239100023 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów** |
| nazwa: | Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Opolu | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-401/Aleja Wincentego Witosa 26 | |
| telefon/ telefony | 77/452 08 11 | |
| Data dodania do wykazu | 08.03.2021 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 10** | | |
| nazwa: | DAVITA sp. z o.o. | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław/41-200/Legnicka 48/bud.F | |
| telefon/ telefony: | 71/342 98 50 | |
| identyfikator REGON | 145884498 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów** |
| nazwa: | DAVITA sp. z o.o. | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | K-Koźle/47- 220/ul. Kozielska 11 | |
| telefon/ telefony | 77/445 59 36 | |
| Data dodania do wykazu | 08.03.2021 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 11** | | |
| nazwa: | DIAVERUM POLSKA Sp.z o.o. | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa/04-769/ul. Cylichowska 13/15 | |
| telefon/ telefony: | 22/516 06 00 | |
| identyfikator REGON | 140878910 | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | | **liczba zespołów** |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej DIAVERUM w Nysie | 1 |

| | | |
|---|---|---|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nysa/48-300/ul. Bohaterów Warszawy 34 | |
| telefon/ telefony | 77/408 79 16 | |
| Data dodania do wykazu | 08.03.2021 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | | **liczba zespołów** |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej DIAVERUM w Głubczycach | 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Głubczyce/48-100/ ul.Skłodowskiej 26 | |
| telefon/ telefony | 668 366 926 | |
| Data dodania do wykazu | 08.03.2021 | |
| Data wykreślenia z wykazu | | |

**Dyrektor OOWNFZ**
**Robert Bryk**

**Opole,**
**dnia 21 września 2021 r.**

**CZĘŚĆ VIII.**
**Wykaz podmiotów realizujących szczepienia przeciw grypie**

| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą (1)** | |
|---|---|
| nazwa: | Józef Murawski NZOZ SANMED spółka z o.o. |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łambinowice/ 48-316/ Dworcowa 4/3 |
| telefon/ telefony: | 602695644 |
| identyfikator REGON | 36254231500018 |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | |
| nazwa: | Gabinet lekarza POZ |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Tułowice/ 49-130/ Porcelanowa 17 |
| telefon/ telefony | 77 46 00 147 |
| Data dodania do wykazu | 2021-09-22 |
| Data wykreślenia z wykazu | 01.04.2022 |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | |
| nazwa: | Gabinet lekarza POZ |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łambinowice/ 48-316/ Dworcowa 4/3 |
| telefon/ telefony | 77 43 43 505 |
| Data dodania do wykazu | 2021-09-22 |
| Data wykreślenia z wykazu | 01.04.2022 |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3** | |
| nazwa: | Gabinet lekarza POZ |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Jasienica Dolna/ 48-315/ Jasienica Dolna 16 |
| telefon/ telefony | 77 43 59 621 |
| Data dodania do wykazu | 2021-09-22 |
| Data wykreślenia z wykazu | 01.04.2022 |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą (2)** | |
| nazwa: | SC Delta Januszkiewicz A. Gajda I. Długosz M. Wywioł A. |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Krapkowice/ 47-303/ Osiedle XXX Lecia 17 |
| telefon/ telefony: | 77 46 67 133 |
| identyfikator REGON | 53156991500026 |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | |
| nazwa: | Poradnia Lekarza POZ |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Krapkowice/ 47-303/ Osiedle XXX Lecia 17 |
| telefon/ telefony | 77 46 67 133 |
| Data dodania do wykazu | 2021-09-22 |
| Data wykreślenia z wykazu | 01.04.2022 |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | |
| nazwa: | NZOZ Omega |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Krapkowice/ 47-300/ Pocztowa 12 |
| telefon/ telefony | 77 54 31 561 |
| Data dodania do wykazu | 2021-09-22 |
| Data wykreślenia z wykazu | 01.04.2022 |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą (3)** | |
| nazwa: | NZOZ ELIASMED |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/ 45-064/ ks. Konstantego Damrota 1a/25 |
| telefon/ telefony: | 600853495 |
| identyfikator REGON | 16026079000041 |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | |
| nazwa: | Pielęgniarska Opieka Długoterminowa Domowa |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/ 45-304/ Piotrkowska 1 |
| telefon/ telefony | 600486799 |
| Data dodania do wykazu | 2021-09-22 |
| Data wykreślenia z wykazu | 01.04.2022 |

| | |
|---|---|
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą (4)** | |
| nazwa: | Małgorzata Medyk-Wójcik Praktyka Lekarska |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kowalowice/ 46-100/ Szkolna 2 |
| telefon/ telefony: | 77 41 92 126 |
| identyfikator REGON | 53155914700024 |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | |
| nazwa: | Przychodnie Nowy Medyk Przychodnia nr 2 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Namysłów/ 46-100/ Sikorskiego 6 |
| telefon/ telefony | 77 41 00 392 |
| Data dodania do wykazu | 2021-09-22 |
| Data wykreślenia z wykazu | 01.04.2022 |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą (5)** | |
| nazwa: | „MEDICUS" Spółka z o.o. |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Prudnik/ 48-200/ Kościuszki 15 |
| telefon/ telefony: | 77 43 62 525 |
| identyfikator REGON | 53156807000037 |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | |
| nazwa: | Poradnia Ogólna POZ |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Prudnik/ 48-200/ Kościuszki 15 |
| telefon/ telefony | 503850503 |
| Data dodania do wykazu | 2021-09-22 |
| Data wykreślenia z wykazu | 01.04.2022 |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą (6)** | |
| nazwa: | Elżbieta Izabela Jarka - Doskocz |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Otmuchów/ 48-385/ Lipowa 3 |
| telefon/ telefony: | 607446499 |
| identyfikator REGON | 53244095100024 |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | |
| nazwa: | NZOZ SAL-MED - Poradnia Lekarza POZ |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Otmuchów/ 48-364/ Kałków 65 |
| telefon/ telefony | 77 43 56 385 |
| Data dodania do wykazu | 2021-09-22 |
| Data wykreślenia z wykazu | 01.04.2022 |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą (7)** | |
| nazwa: | LUX MED Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa/ 02-676/ Postępu 21 C |
| telefon/ telefony: | 22 45 04 500 |
| identyfikator REGON | 14072360300022 |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | |
| nazwa: | CMR Medycyna Rodzinna |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/ 45-273/ Fieldorfa 2 |
| telefon/ telefony | 77 54 92 400 |
| Data dodania do wykazu | 2021-09-22 |
| Data wykreślenia z wykazu | 01.04.2022 |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą (8)** | |
| nazwa: | Samodzielny Publiczny Ośrodek Zdrowia w Walcach |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Walce/ 47-344/ Zamkowa 85 |
| telefon/ telefony: | 77 46 60 111, 77 46 60 999 |
| identyfikator REGON | 53166879300020 |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | |
| nazwa: | Samodzielny Publiczny Ośrodek Zdrowia w Walcach |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Walce/ 47-344/ Zamkowa 85 |
| telefon/ telefony | 77 46 60 111, 77 46 60 999 |
| Data dodania do wykazu | 2021-09-22 |
| Data wykreślenia z wykazu | 01.04.2022 |

| | |
|---|---|
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą (9)** | |
| nazwa: | Vital Medic Sp. z o.o. |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kluczbork/ 46-200/ Skłodowskiej-Curie 21 |
| telefon/ telefony: | 77 54 92 700 |
| identyfikator REGON | 16028660100020 |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | |
| nazwa: | Punkt Szczepień Powszechnych |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kluczbork/ 46-200/ Skłodowskiej-Curie 21 |
| telefon/ telefony | 77 54 92 700 |
| Data dodania do wykazu | 2021-09-22 |
| Data wykreślenia z wykazu | 01.04.2022 |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą (10)** | |
| nazwa: | NZOZ ANMED S.C. Andrzej Majer, Anna Majer |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Skałągi/ 46-262/ Wołczyńska 41 |
| telefon/ telefony: | 77 41 31 976 |
| identyfikator REGON | 53234234900029 |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | |
| nazwa: | Poradnia Lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kluczbork/ 46-200/ Skłodowskiej-Curie 6 |
| telefon/ telefony | 77 41 81 112 |
| Data dodania do wykazu | 2021-09-22 |
| Data wykreślenia z wykazu | 01.04.2022 |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą (11)** | |
| nazwa: | NZOZ PRZYCHODNIA LEKARSKA "OTMĘT" S.C. IZOLDA ŚWISTUŃ TOMASZ ŚWISTUŃ |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Krapkowice/ 47-303/ Jagiellońska 29 |
| telefon/ telefony: | 77 46 61 895 |
| identyfikator REGON | 53166869800021 |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | |
| nazwa: | Poradnia Lekarza Rodzinnego |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Krapkowice/ 47-303/ Jagiellońska 29 |
| telefon/ telefony | 77 46 61 895 |
| Data dodania do wykazu | 2021-09-22 |
| Data wykreślenia z wykazu | 01.04.2022 |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą (12)** | |
| nazwa: | Prudnickie Centrum Medyczne S.A. w Prudniku |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Prudnik/ 48-200/ Szpitalna 14 |
| telefon/ telefony: | 77 40 67 885 |
| identyfikator REGON | 53244846700055 |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | |
| nazwa: | Poradnia Onkologiczna |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Prudnik/ 48-200/ Szpitalna 14 |
| telefon/ telefony | 77 40 67 898 |
| Data dodania do wykazu | 2021-09-22 |
| Data wykreślenia z wykazu | 01.04.2022 |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą (13)** | |
| nazwa: | "Zdrowie Rodziny" Spółka z o.o. |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Branice/ 48-140/ Szpitalna 18 |
| telefon/ telefony: | 77 48 68 362, 77 48 60 911 |
| identyfikator REGON | 53246061700027 |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | |
| nazwa: | Poradnia Lekarza POZ |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Branice/ 48-140/ Szpitalna 18 |
| telefon/ telefony | 77 48 68 362 |
| Data dodania do wykazu | 2021-09-22 |
| Data wykreślenia z wykazu | 01.04.2022 |

| | |
|---|---|
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | |
| nazwa: | Poradnia Lekarza POZ |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Włodzienin/ 48-144/ Wojnowicka 15 |
| telefon/ telefony | 77 48 57 290 |
| Data dodania do wykazu | 2021-09-22 |
| Data wykreślenia z wykazu | 01.04.2022 |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą (14)** | |
| nazwa: | MEDICA SP. Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nowa Cerekwia/ 48-133/ Młyńska 13/1/2 |
| telefon/ telefony: | 77 48 51 843 |
| identyfikator REGON | 38845251400011 |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | |
| nazwa: | Poradnia ogólna Nowa Cerekwia |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nowa Cerekwia/ 48-133/ Młyńska 13 |
| telefon/ telefony | 77 48 51 843 |
| Data dodania do wykazu | 2021-09-22 |
| Data wykreślenia z wykazu | 01.12.2021 |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą (15)** | |
| nazwa: | EL-Med Spółka z Ograniczoną Odpowiedzialnością |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Otmuchów/ 48-385/ Nyska 13 |
| telefon/ telefony: | 77 43 14 912, 77 43 90 520 |
| identyfikator REGON | 53243905000025 |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | |
| nazwa: | EL-MED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Otmuchów/ 48-385/ Nyska 13 |
| telefon/ telefony | 77 43 14 912, 77 43 90 520 |
| Data dodania do wykazu | 2021-09-22 |
| Data wykreślenia z wykazu | 01.04.2022 |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą (16)** | |
| nazwa: | Centrum Ratownictwa Specjalistycznego Ankar sp z o.o. |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/ 45-831/ Wspólna 9 |
| telefon/ telefony: | 533444212 |
| identyfikator REGON | 36494418200017 |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | |
| nazwa: | Ratownictwo Ankar |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Pokrzywna/ 48-340/ Pokrzywna 24 |
| telefon/ telefony | 539333606 |
| Data dodania do wykazu | 2021-09-22 |
| Data wykreślenia z wykazu | 01.04.2022 |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą (17)** | |
| nazwa: | NZOZ "ZDROWIE" Spółka Cywilna Paweł Łącki, Irena Konopka, Dariusz Roszczypała |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Namysłów/ 46-100/ Adama Mickiewicza 8 |
| telefon/ telefony: | 77 41 01 355 |
| identyfikator REGON | 53166744000023 |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | |
| nazwa: | NZOZ "ZDROWIE" |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Namysłów/ 46-100/ Adama Mickiewicza 8 |
| telefon/ telefony | 77 41 00 944, 518115965 |
| Data dodania do wykazu | 2021-09-22 |
| Data wykreślenia z wykazu | 01.04.2022 |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą (18)** | |
| nazwa: | Gminny Osrodek Zdrowia w Gogolinie |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gogolin/ 47-320/ Szkolna 2 |
| telefon/ telefony: | 77 40 76 969 |

| | |
|---|---|
| identyfikator REGON | 16003220800021 |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | |
| nazwa: | Gminny Osrodek Zdrowia w Gogolinie |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gogolin/ 47-320/ Szkolna 2 |
| telefon/ telefony | 77 40 76 969 |
| Data dodania do wykazu | 2021-09-22 |
| Data wykreślenia z wykazu | 01.04.2022 |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą (19)** | |
| nazwa: | SP ZOZ Centrum w Opolu |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/ 45-062/ Tadeusza Kościuszki 2 |
| telefon/ telefony: | 77 40 20 398 |
| identyfikator REGON | 53157017200021 |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | |
| nazwa: | SP ZOZ Centrum |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/ 45-062/ Tadeusza Kościuszki 2 |
| telefon/ telefony | 77 40 20 308 |
| Data dodania do wykazu | 2021-09-22 |
| Data wykreślenia z wykazu | 01.04.2022 |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą (20)** | |
| nazwa: | NZOZ MEDICUS SP. Z O.O. |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Paczków/ 48-370/ Wincentego Witosa 2A |
| telefon/ telefony: | 77 43 16 535 |
| identyfikator REGON | 53157048500044 |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | |
| nazwa: | PUNKT SZCZEPIEŃ |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Paczków/ 48-370/ Wincentego Witosa 2A |
| telefon/ telefony | 77 43 16 535, 77 54 70 074 |
| Data dodania do wykazu | 2021-09-22 |
| Data wykreślenia z wykazu | 01.04.2022 |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą (21)** | |
| nazwa: | EMC Instytut Medyczny S.A. |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław/ 54-144/ Pilczycka 144-148 |
| telefon/ telefony: | 71 71 17 400 |
| identyfikator REGON | 93304094500051 |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | |
| nazwa: | Szpital Specjalistyczny Św. Rocha w Ozimku |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ozimek/ 46-040/ Częstochowska 31 |
| telefon/ telefony | 77 42 73 491 |
| Data dodania do wykazu | 2021-09-22 |
| Data wykreślenia z wykazu | 01.04.2022 |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą (22)** | |
| nazwa: | Zespół Opieki Zdrowotnej w Oleśnie |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Olesno/ 46-300/ Klonowa 1 |
| telefon/ telefony: | 34 35 82 855 |
| identyfikator REGON | 00030658400023 |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | |
| nazwa: | ZOZ Olesno Populacujny Punkt Szczepień |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Olesno/ 46-300/ Klonowa 1 |
| telefon/ telefony | 34 35 09 647 |
| Data dodania do wykazu | 2021-09-22 |
| Data wykreślenia z wykazu | 01.04.2022 |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą (23)** | |
| nazwa: | NZOZ Eskulap Sp. z o.o. |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Praszka/ 46-320/ Powstańców Śląskich 8 |
| telefon/ telefony: | 34 35 91 001,34 35 91 002 |
| identyfikator REGON | 53166688300028 |

| | |
|---|---|
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Eskulap Sp. z o.o. |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Praszka/ 46-320/ Powstańców Śląskich 8 |
| telefon/ telefony | 34 35 91 002 |
| Data dodania do wykazu | 2021-09-22 |
| Data wykreślenia z wykazu | 01.04.2022 |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą (24)** | |
| nazwa: | NZOZ Ośrodek Zdrowia w Graczach Jacek Ciepluch i wspólnicy s.j. |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gracze/ 49-156/ Bazaltowa 4 |
| telefon/ telefony: | 77 46 09 822 |
| identyfikator REGON | 16065875800023 |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | |
| nazwa: | Poradnia Lekarza POZ |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gracze/ 49-156/ Bazaltowa 4 |
| telefon/ telefony | 77 46 09 822, 77 46 09 011 |
| Data dodania do wykazu | 2021-09-22 |
| Data wykreślenia z wykazu | 01.04.2022 |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | |
| nazwa: | Poradnia Lekarza POZ |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Niemodlin/ 49-100/ Wojska Polskiego 5 |
| telefon/ telefony | 77 46 06 491, 731858498 |
| Data dodania do wykazu | 2021-09-22 |
| Data wykreślenia z wykazu | 01.04.2022 |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3** | |
| nazwa: | Poradnia Lekarza POZ |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Dąbrowa/ 49-120/ Ciepelowicka 13 |
| telefon/ telefony | 77 46 41 017, 602451089 |
| Data dodania do wykazu | 2021-09-22 |
| Data wykreślenia z wykazu | 01.04.2022 |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą (25)** | |
| nazwa: | Eryka Scholz-Mazurkiewicz |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Popielów/ 46-090/ Kościuszki 4 |
| telefon/ telefony: | 660319688 |
| identyfikator REGON | 53160391900030 |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej ERMED |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Dobrzeń Wielki/ 46-081/ Reymonta 2 |
| telefon/ telefony | 660319688 |
| Data dodania do wykazu | 2021-09-22 |
| Data wykreślenia z wykazu | 01.04.2022 |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą (26)** | |
| nazwa: | SP ZOZ MSWiA w Opolu |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/ 45-075/ Krakowska 44 |
| telefon/ telefony: | 77 40 11 100 |
| identyfikator REGON | 53116351500023 |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | |
| nazwa: | POZ |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/ 45-075/ Krakowska 44 |
| telefon/ telefony | 77 401 11 47 |
| Data dodania do wykazu | 2021-09-22 |
| Data wykreślenia z wykazu | 01.04.2022 |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą (27)** | |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "MEDYK" SOBÓTKA SPÓŁKA PARTNERSKA LEKARZY |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kluczbork/ 46-200/ Grunwaldzka 20 |

| | |
|---|---|
| telefon/ telefony: | 77 44 74 600 |
| identyfikator REGON | 53223577700021 |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | |
| nazwa: | NZOZ Medyk |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kluczbork/ 46-200/ Grunwaldzka 20 |
| telefon/ telefony | 77 44 74 461 |
| Data dodania do wykazu | 2021-09-22 |
| Data wykreślenia z wykazu | 01.04.2022 |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | |
| nazwa: | Punkt Lekarski Lasowice Małe |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lasowice Małe/ 46-280/ Odrodzenia 10 |
| telefon/ telefony | 77 41 48 221 |
| Data dodania do wykazu | 2021-09-22 |
| Data wykreślenia z wykazu | 01.04.2022 |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą (28)** | |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "ARS - MED" ANDRZEJ SALIJ, CZESŁAW SOKÓŁ SPÓŁKA JAWNA |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lubsza/ 49-313/ Szkolna 1C |
| telefon/ telefony: | 77 41 18 551 |
| identyfikator REGON | 53155428500020 |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | |
| nazwa: | Przychodnia |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lubsza/ 49-313/ Szkolna 1C |
| telefon/ telefony | 77 41 18 560 |
| Data dodania do wykazu | 2021-09-22 |
| Data wykreślenia z wykazu | 01.04.2022 |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | |
| nazwa: | Przychodnia |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Brzeg/ 49-300/ Sergiusza Mossora 6 |
| telefon/ telefony | 77 54 21 817 |
| Data dodania do wykazu | 2021-09-22 |
| Data wykreślenia z wykazu | 01.04.2022 |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą (29)** | |
| nazwa: | Bożena Lewińska |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łambinowice/ 48-316/ Parkowa 10 |
| telefon/ telefony: | 77 43 43 450 |
| identyfikator REGON | 53104575000039 |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | |
| nazwa: | PORADNIA POZ - ŁAMBINOWICE |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łambinowice/ 48-316/ Parkowa 10 |
| telefon/ telefony | 77 43 43 450 |
| Data dodania do wykazu | 2021-09-22 |
| Data wykreślenia z wykazu | 01.04.2022 |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą (30)** | |
| nazwa: | SAID RAYAD |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Krapkowice/ 47-300/ Kusocińskiego 16 |
| telefon/ telefony: | 502 505 761 |
| identyfikator REGON | 53083890000049 |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | |
| nazwa: | PORADNIA LEKARZA POZ - STRZELECZKI |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Strzeleczki/ 47-364/ Sienkiewicza 31 |
| telefon/ telefony | 77 47 49 696 |
| Data dodania do wykazu | 2021-09-22 |
| Data wykreślenia z wykazu | 01.04.2022 |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą (31)** | |

| | |
|---|---|
| nazwa: | CENTRUM MEDYCZNE LA DYMEK SC |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zawadzkie/ 47-120/ Osiedle Świerkle 15/18 |
| telefon/ telefony: | 77 46 22 065 |
| identyfikator REGON | 53140080800032 |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | |
| nazwa: | Centrum Medyczne Lucyna Andrzej Dymek |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zawadzkie/ 47-120/ Waryńskiego 4 |
| telefon/ telefony | 517093945 |
| Data dodania do wykazu | 2021-09-22 |
| Data wykreślenia z wykazu | 01.04.2022 |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | |
| nazwa: | Centrum Medyczne Lucyna Andrzej Dymek |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Strzelce Opolskie/ 47-100/ Parafialna 1 |
| telefon/ telefony | 517093676 |
| Data dodania do wykazu | 2021-09-22 |
| Data wykreślenia z wykazu | 01.04.2022 |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą (32)** | |
| nazwa: | WYŻGOWSKA EWA NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "MED-EWA" |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Prudnik/ 48-200/ Kościuszki 15/2 |
| telefon/ telefony: | 692498181 |
| identyfikator REGON | 53112042800021 |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | |
| nazwa: | Poradnia lekarza POZ |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Prudnik/ 48-200/ Kościuszki 15 |
| telefon/ telefony | 77 43 69 111 |
| Data dodania do wykazu | 2021-09-22 |
| Data wykreślenia z wykazu | 01.04.2022 |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą (33)** | |
| nazwa: | Tomasz Bogatko Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "RUDNIKI" |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Rudniki/ 46-325/ Żeromskiego 1 |
| telefon/ telefony: | 601458242 |
| identyfikator REGON | 27206918500035 |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "RUDNIKI" |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Rudniki/ 46-325/ Żeromskiego 1 |
| telefon/ telefony | 34 35 95 047 |
| Data dodania do wykazu | 2021-09-22 |
| Data wykreślenia z wykazu | 01.04.2022 |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą (34)** | |
| nazwa: | NZOZ - Spółka Cywilna Grażyna Borowik-Bzdzion Jolanta Idasiak Anna Maria Zygmunt |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Olesno/ 46-300/ Jana Pieloka 14 |
| telefon/ telefony: | 34 35 05 370 |
| identyfikator REGON | 53166202300028 |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | |
| nazwa: | NZOZ - Spółka Cywilna Grażyna Borowik-Bzdzion Jolanta Idasiak Anna Maria Zygmunt |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Olesno/ 46-300/ Jana Pieloka 14 |
| telefon/ telefony | 34 35 05 370 |
| Data dodania do wykazu | 2021-09-22 |
| Data wykreślenia z wykazu | 01.04.2022 |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą (35)** | |
| nazwa: | NZOZ WIT-MED Witold Madej |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/ 45-920/ Sympatyczna 2 |

| | |
|---|---|
| telefon/ telefony: | 791933233 |
| identyfikator REGON | 53162825600024 |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | |
| nazwa: | NZOZ WiT-Med Witold Madej |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ozimek/ 46-040/ Częstochowska 31 |
| telefon/ telefony | 794104204 |
| Data dodania do wykazu | 2021-09-22 |
| Data wykreślenia z wykazu | 01.04.2022 |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą (36)** | |
| nazwa: | OPTIMA MEDYCYNA SPÓŁKA AKCYJNA |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/ 45-864/ Niemodlińska 79 |
| telefon/ telefony: | 77 43 68 688 |
| identyfikator REGON | 53096880800033 |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | |
| nazwa: | Punkt Szczepień Opole |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/ 45-861/ Dambonia 171 |
| telefon/ telefony | 77 887-21-21 |
| Data dodania do wykazu | 2021-09-22 |
| Data wykreślenia z wykazu | 01.04.2022 |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | |
| nazwa: | Punkt Szczepień Prudnik |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Prudnik/ 48-200/ Nyska 1 |
| telefon/ telefony | 77 547-01-40 |
| Data dodania do wykazu | 2021-09-22 |
| Data wykreślenia z wykazu | 01.04.2022 |
| **Miejsce udzielania świadczeń 3** | |
| nazwa: | Punkt Szczepień Nysa |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nysa/ 48-300/ Bracka 1 |
| telefon/ telefony | 77 887-21-29 |
| Data dodania do wykazu | 2021-09-22 |
| Data wykreślenia z wykazu | 01.04.2022 |
| **Miejsce udzielania świadczeń 4** | |
| nazwa: | Punkt Szczepień Dytmarów |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Dytmarów/ 48-231/ Dytmarów 1 |
| telefon/ telefony | 77 436-19-02 |
| Data dodania do wykazu | 2021-09-22 |
| Data wykreślenia z wykazu | 01.04.2022 |
| **Miejsce udzielania świadczeń 5** | |
| nazwa: | Punkt Szczepień Racławice Śląskie |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Racławice Śląskie/ 48-250/ Zwycięstwa 60 |
| telefon/ telefony | 77 437-65-88 |
| Data dodania do wykazu | 2021-09-22 |
| Data wykreślenia z wykazu | 01.04.2022 |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą (37)** | |
| nazwa: | NZOZ''OMEGA'' SP.ZO.O |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Paczków/ 48-370/ Stanisława Staszica 5 |
| telefon/ telefony: | 77 43 16 724 |
| identyfikator REGON | 53165316500024 |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | |
| nazwa: | NZOZ''OMEGA'' |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Paczków/ 48-370/ Stanisława Staszica 5 |
| telefon/ telefony | 667420200 |
| Data dodania do wykazu | 2021-09-22 |
| Data wykreślenia z wykazu | 01.04.2022 |

| | |
|---|---|
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | |
| nazwa: | NZOZ''OMEGA'' |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Otmuchów/ 46-220/ Moniuszki 4 |
| telefon/ telefony | 721002715 |
| Data dodania do wykazu | 2021-09-22 |
| Data wykreślenia z wykazu | 01.04.2022 |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą (38)** | |
| nazwa: | REMEDIUM CHOLEWIŃSKI, MASZKOWSKA SPÓŁKA JAWNA |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Byczyna/ 46-220/ Moniuszki 4 |
| telefon/ telefony: | 77 41 34 058 |
| identyfikator REGON | 53164907000022 |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | |
| nazwa: | Punkt Szczepień Remedium Byczyna |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Byczyna/ 46-220/ Moniuszki 4 |
| telefon/ telefony | 578666435, 578665832 |
| Data dodania do wykazu | 2021-09-22 |
| Data wykreślenia z wykazu | 01.04.2022 |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą (39)** | |
| nazwa: | SPÓŁKA CYWILNA MED-JEM STEFANIA KOLEK, ANDRZEJ HAJDAS |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Jemielnica/ 47-133/ Nowa Kolonia 14 |
| telefon/ telefony: | 77 46 38 393 |
| identyfikator REGON | 53154594900023 |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | |
| nazwa: | Przychodnia Rodzinna Med-Jem w Jemielnicy |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Jemielnica/ 47-133/ Nowa Kolonia 14 |
| telefon/ telefony | 77 46 38 393 |
| Data dodania do wykazu | 2021-09-22 |
| Data wykreślenia z wykazu | 01.04.2022 |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą (40)** | |
| nazwa: | Wiesław Bańczyk NZOZ „Zdrowie” |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zębowice/ 46-048/ Izydora Murka 3A |
| telefon/ telefony: | 77 42 16 018 |
| identyfikator REGON | 15005618000030 |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | |
| nazwa: | Wiesław Bańczyk NZOZ „Zdrowie” |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zębowice/ 46-048/ Izydora Murka 3A |
| telefon/ telefony | 77 421 60 18 |
| Data dodania do wykazu | 2021-09-22 |
| Data wykreślenia z wykazu | 01.04.2022 |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą (41)** | |
| nazwa: | Vita Sp. z o. o. |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nysa/ 48-303/ Marszałka Józefa Piłsudskiego 47 |
| telefon/ telefony: | 77 43 33 476 |
| identyfikator REGON | 53164504200022 |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | |
| nazwa: | NZOZ VITA Nysa |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nysa/ 48-303/ Marszałka Józefa Piłsudskiego 47 |
| telefon/ telefony | 77 40 17 031 |
| Data dodania do wykazu | 2021-09-22 |
| Data wykreślenia z wykazu | 01.04.2022 |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą (42)** | |
| nazwa: | Gminny Zespół Lecznictwa Otwartego |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kietrz/ 48-130/ Kościelna 1 |
| telefon/ telefony: | 77 48 54 291, 77 48 55 230, 606329241 |
| identyfikator REGON | 53091333900027 |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | |

| | |
|---|---|
| nazwa: | Punkt Szczepień |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kietrz/ 48-130/ Kościelna 1 |
| telefon/ telefony | 77 48 54 291, 77 40 36 045, 606 449 024 |
| Data dodania do wykazu | 2021-09-22 |
| Data wykreślenia z wykazu | 01.04.2022 |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą (43)** | |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Andrzej Proszewski sp. z o. o. |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Olesno/ 46-300/ Jana Pieloka 14 |
| telefon/ telefony: | 34 35 04 261 |
| identyfikator REGON | 16000525200027 |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | |
| nazwa: | Przychodnia POZ |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Olesno/ 46-300/ Jana Pieloka 14 |
| telefon/ telefony | 34 35 04 250 |
| Data dodania do wykazu | 2021-09-22 |
| Data wykreślenia z wykazu | 01.04.2022 |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą (44)** | |
| nazwa: | NZOZ RODZINA ARTUR ŚWITAŁA |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/ 45-357/ 1 Maja 90/6 |
| telefon/ telefony: | 77 41 41 327 |
| identyfikator REGON | 53157229000029 |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | |
| nazwa: | Gabinet Pielęgniarki POZ |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wierzbica Górna/ 46-255/ Wierzbica Górna 67 |
| telefon/ telefony | 604581256 |
| Data dodania do wykazu | 2021-09-22 |
| Data wykreślenia z wykazu | 01.04.2022 |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą (45)** | |
| nazwa: | Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Głubczycach |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Głubczyce/ 48-100/ Skłodowskiej 26 |
| telefon/ telefony: | 77 48 01 170 |
| identyfikator REGON | 00031157900034 |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | |
| nazwa: | Punkt szczepień |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Głubczyce/ 48-100/ Skłodowskiej 26 |
| telefon/ telefony | 661483152 |
| Data dodania do wykazu | 2021-09-22 |
| Data wykreślenia z wykazu | 01.04.2022 |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą (46)** | |
| nazwa: | Diaverum Polska Sp. z o.o. |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa/ 04-769/ Cylichowska 13/15 |
| telefon/ telefony: | 22 51 60 600 |
| identyfikator REGON | 14087891000030 |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | |
| nazwa: | Stacja Dializ |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nysa/ 48-300/ Bohaterów Warszawy 34 |
| telefon/ telefony | 77 40 87 916 |
| Data dodania do wykazu | 2021-09-22 |
| Data wykreślenia z wykazu | 01.04.2022 |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | |
| nazwa: | Stacja Dializ |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Głubczyce/ 48-100/ Skłodowskiej 26 |
| telefon/ telefony | 77 48 53 857 |
| Data dodania do wykazu | 2021-09-22 |

| | |
|---|---|
| Data wykreślenia z wykazu | 2021-10-26 |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą (47)** | |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej MEDYK Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Niemodlin/ 49-100/ Opolska 30B |
| telefon/ telefony: | 77 46 07 704 |
| identyfikator REGON | 53240653000027 |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | |
| nazwa: | ,,MEDYK '' Niemodlin |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Niemodlin/ 49-100/ Opolska 30B |
| telefon/ telefony | 77 46 07 705 |
| Data dodania do wykazu | 2021-09-22 |
| Data wykreślenia z wykazu | 01.04.2022 |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą (48)** | |
| nazwa: | Szpital Wojewódzki w Opolu sp. z o.o. |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/ 45-372/ Augustyna Kośnego 53 |
| telefon/ telefony: | 77 44 33 100 |
| identyfikator REGON | 53141815100039 |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | |
| nazwa: | Zespół Wojewódzkich Poradni Specjalistycznych |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/ 45-061/ Katowicka 64 |
| telefon/ telefony | 77 44 33 681 |
| Data dodania do wykazu | 2021-09-22 |
| Data wykreślenia z wykazu | 01.04.2022 |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą (49)** | |
| nazwa: | Namysłowskie Centrum Zdrowia Sp. z o.o. |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Namysłów/ 46-100/ Oleśnicka 4 |
| telefon/ telefony: | 77 40 40 248 |
| identyfikator REGON | 16021646300040 |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | |
| nazwa: | Szpital Węzłowy - Poradnia Chirurgiczna |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Namysłów/ 46-100/ Oleśnicka 4 |
| telefon/ telefony | 534-573-053 |
| Data dodania do wykazu | 2021-09-22 |
| Data wykreślenia z wykazu | 01.04.2022 |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą (50)** | |
| nazwa: | SP ZOZ Zaodrze |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/ 45-714/ Licealna 18 |
| telefon/ telefony: | 77 88 73 321 |
| identyfikator REGON | 53157492200021 |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | |
| nazwa: | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej "ZAODRZE" w Opolu |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/ 45-714/ Licealna 18 |
| telefon/ telefony | 77 88 73 303 |
| Data dodania do wykazu | 2021-09-24 |
| Data wykreślenia z wykazu | 01.04.2022 |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą (51)** | |
| nazwa: | NZOZ Zdrowie sp. partnerska lekarzy Apoloni, Stochmiałek, Knicz, Grek |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Głogówek/ 48-250/ Targowa 6 |
| telefon/ telefony: | 77 43 73 252 |
| identyfikator REGON | 16007336000029 |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | |
| nazwa: | Gabinet szczepień |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Głogówek/ 48-250/ Targowa 6 |

| | |
|---|---|
| telefon/ telefony | 77 43 73 252 |
| Data dodania do wykazu | 2021-09-24 |
| Data wykreślenia z wykazu | 01.04.2022 |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą (52)** | |
| nazwa: | Szpital Powiatowy w Strzelcach Opolskich |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Strzelce Opolskie/ 47-100/ Opolska 36A |
| telefon/ telefony: | 77 40 70 103 |
| identyfikator REGON | 00031158500035 |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | |
| nazwa: | Punkt szczepień - szpital (poradnia kardiologiczna) |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Strzelce Opolskie/ 47-100/ Opolska 36A |
| telefon/ telefony | 77 40 70 103, 77 40 70 117 |
| Data dodania do wykazu | 2021-09-24 |
| Data wykreślenia z wykazu | 01.04.2022 |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą (53)** | |
| nazwa: | NZOZ "VITA" Nowakowska i Partnerzy Spółka Partnerska |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kluczbork/ 46-200/ Grunwaldzka 18 |
| telefon/ telefony: | 77 44 74 640 |
| identyfikator REGON | 53233871500030 |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | |
| nazwa: | NZOZ "VITA" |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kluczbork/ 46-200/ Grunwaldzka 18 |
| telefon/ telefony | 77 44 74 641 |
| Data dodania do wykazu | 2021-09-28 |
| Data wykreślenia z wykazu | 01.04.2022 |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą (54)** | |
| nazwa: | Beata Sarnecka Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej SARMED |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wronin/ 47-260/ Głubczycka 19 |
| telefon/ telefony: | 77 48 75 207 |
| identyfikator REGON | 53166761200036 |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | |
| nazwa: | NZOZ SARMED |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wronin/ 47-260/ Głubczycka 19 |
| telefon/ telefony | 77 48 75 207 |
| Data dodania do wykazu | 2021-09-29 |
| Data wykreślenia z wykazu | 01.04.2022 |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | |
| nazwa: | NZOZ SARMED-filia |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Pawłowiczki/ 47-280/ Magnoliowa 3 |
| telefon/ telefony | 77 48 74 147 |
| Data dodania do wykazu | 2021-09-29 |
| Data wykreślenia z wykazu | 01.04.2022 |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą (55)** | |
| nazwa: | Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Opolu |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/ 45-401/ Aleja Wincentego Witosa 26 |
| telefon/ telefony: | 77 45 20 124 |
| identyfikator REGON | 53051239100023 |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | |
| nazwa: | Punkt Szczepień Covid-19 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/ 45-401/ Aleja Wincentego Witosa 26 |
| telefon/ telefony | 77 45 20 511 |
| Data dodania do wykazu | 2021-09-29 |
| Data wykreślenia z wykazu | 2021-12-23 |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą (56)** | |
| nazwa: | NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W.W.-MED S.C. WYRĄBEK JACEK WĘGRZYNOWSKA BARBARA |

| | |
|---|---|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Pokój/ 46-034/ 1 Maja 30 B |
| telefon/ telefony: | 77 42 71 060 |
| identyfikator REGON | 53167366000029 |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | |
| nazwa: | punkt szczepień |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Pokój/ 46-034/ 1 Maja 30 B |
| telefon/ telefony | 77 42 71 060 |
| Data dodania do wykazu | 2021-09-29 |
| Data wykreślenia z wykazu | 01.04.2022 |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą (57)** | |
| nazwa: | PZU Zdrowie SA |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa/ 02-673/ Konstruktorska 13 |
| telefon/ telefony: | 22 58 24 541 |
| identyfikator REGON | 14334316600059 |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | |
| nazwa: | Centrum Medyczne Medicus Zakład nr 1 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/ 45-706/ Pl. Piłsudskiego 5 |
| telefon/ telefony | 77 44 44 999 |
| Data dodania do wykazu | 2021-09-29 |
| Data wykreślenia z wykazu | 01.04.2022 |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą (58)** | |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŁUBNIANY/ 46-024/ Opolska 53A |
| telefon/ telefony: | 77 42 15 006 |
| identyfikator REGON | 53158221200028 |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | |
| nazwa: | SPZOZ Łubniany |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŁUBNIANY/ 46-024/ Opolska 53A |
| telefon/ telefony | 77 42 15 006 |
| Data dodania do wykazu | 2021-09-29 |
| Data wykreślenia z wykazu | 01.04.2022 |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą (59)** | |
| nazwa: | STOBRAWSKIE CENTRUM MEDYCZNE SPÓŁKA Z O.O. Z SIEDZIBĄ W KUP |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kup/ 46-082/ Miarki 14 |
| telefon/ telefony: | 77 40 32 850 |
| identyfikator REGON | 53093851700063 |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | |
| nazwa: | Ambulatorium w Chróścicach - POZ |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Chróścice/ 46-080/ Korfantego 1A |
| telefon/ telefony | 77 46 95 235 |
| Data dodania do wykazu | 2021-09-30 |
| Data wykreślenia z wykazu | 01.04.2022 |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą (60)** | |
| nazwa: | Fabryka Zdrowia HK sp. z o.o. |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/ 45-064/ ks. Hugona Kołłątaja 10/2 |
| telefon/ telefony: | 502 310 506 |
| identyfikator REGON | 38920536700011 |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | |
| nazwa: | Fabryka Zdrowia DrHoly |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/ 45-064/ ks. Hugona Kołłątaja 10/2 |
| telefon/ telefony | 502 571 538 |
| Data dodania do wykazu | 2021-10-07 |
| Data wykreślenia z wykazu | 01.04.2022 |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą (61)** | |
| nazwa: | 116 Szpital Wojskowy z Przychodnią SPZOZ w Opolu |

| | |
|---|---|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/ 45-759/ Walerego Wróblewskiego 46 |
| telefon/ telefony: | 26 16 25 129 |
| identyfikator REGON | 53156361100040 |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | |
| nazwa: | Punkt szczepień p/grypie |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/ 45-759/ Walerego Wróblewskiego 46 |
| telefon/ telefony | 533 352 384 |
| Data dodania do wykazu | 2021-10-07 |
| Data wykreślenia z wykazu | 01.04.2022 |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą (62)** | |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "ESKULAP" s.c. Ewa Piecha Małgorzata Olszańska-Kot |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zawadzkie/ 47-120/ Waryńskiego 6 |
| telefon/ telefony: | 77 46 16 382 |
| identyfikator REGON | 53156700000022 |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | |
| nazwa: | Poradnia ogólna |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zawadzkie/ 47-120/ Waryńskiego 6 |
| telefon/ telefony | 77 46 16 382 |
| Data dodania do wykazu | 2021-10-15 |
| Data wykreślenia z wykazu | 01.04.2022 |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą (63)** | |
| nazwa: | Specjalistyczny Szpital im. Ks. Biskupa Józefa Nathana w Branicach |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Branice/ 48-140/ Szpitalna 18 |
| telefon/ telefony: | 77 40 34 300, 77 40 34 302 |
| identyfikator REGON | 00029105500048 |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | |
| nazwa: | poradnia neurologiczna |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Branice/ 48-140/ Szpitalna 18 |
| telefon/ telefony | 77 40 34 324 |
| Data dodania do wykazu | 2021-10-15 |
| Data wykreślenia z wykazu | 01.04.2022 |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą (64)** | |
| nazwa: | Samodzielny Niepubliczny ZOZ "B-MED" |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kędzierzyn-Koźle/ 47-200/ Racławicka 1 |
| telefon/ telefony: | 77 48 24 752 |
| identyfikator REGON | 53088015000039 |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | |
| nazwa: | Przychodnia B-med. |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kędzierzyn-Koźle/ 47-200/ Racławicka 1 |
| telefon/ telefony | 512 045 246 |
| Data dodania do wykazu | 2021-10-26 |
| Data wykreślenia z wykazu | 01.04.2022 |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą (65)** | |
| nazwa: | Ortopedia s.c. Orski, Zaklika, Pełka |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/ 45-222/ Oleska 97 |
| telefon/ telefony: | 77 47 43 209 |
| identyfikator REGON | 16008888700032 |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | |
| nazwa: | Centrum Medyczne Na Dobre i Na Złe |

| | |
|---|---|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/ 45-222/ Oleska 97 |
| telefon/ telefony | 77 47 43 209 |
| Data dodania do wykazu | 2021-10-26 |
| Data wykreślenia z wykazu | 01.04.2022 |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą (66)** | |
| nazwa: | MEDYK - K SPÓŁKA Z O. O. |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kędzierzyn-Koźle/ 47-225/ Juliana Tuwima 6B/9 |
| telefon/ telefony: | 77 40 36 067 |
| identyfikator REGON | 16148736500024 |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | |
| nazwa: | MEDYK-K |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kędzierzyn-Koźle/ 47-225/ Jana Pawła II 54 |
| telefon/ telefony | 77 40 36 067 |
| Data dodania do wykazu | 2021-11-26 |
| Data wykreślenia z wykazu | 01.04.2022 |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą (67)** | |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Eskulap" spółka partnerska, lekarzy Wiesława Bogacz, Jadwiga Dziurowska, Leszek Jędrusik, Stanisław Kania, Grażyna Karaszewska ,Andrzej Potysz, Małgorzata Radzio Sadowska, Jacek Smaruń. |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Głuchołazy/ 48-340/ Rynek 12-14 |
| telefon/ telefony: | 77 43 91 405 |
| identyfikator REGON | 53157053900024 |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | |
| nazwa: | NZOZ "Eskulap" |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Głuchołazy/ 48-340/ Rynek 12-14 |
| telefon/ telefony | 780 176 969 |
| Data dodania do wykazu | 2021-12-02 |
| Data wykreślenia z wykazu | 01.04.2022 |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą (68)** | |
| nazwa: | "KARDIOLOGIA" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Strzelce Opolskie/ 47-100/ Henryka Pobożnego 1 |
| telefon/ telefony: | 530 808 464 |
| identyfikator REGON | 16006680000029 |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | |
| nazwa: | POWSZECHNY PUNKT SZCZEPIEŃ |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Strzelce Opolskie/ 47-100/ Dworcowa 23 |
| telefon/ telefony | 530 808 464 |
| Data dodania do wykazu | 2021-12-08 |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą (69)** | |
| nazwa: | HERBA LTD TERESA TOMKÓW |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kluczbork/46-200/ul. Styki 1 |
| telefon/ telefony: | brak |
| identyfikator REGON | 531553920 |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | |
| nazwa/ nazwa apteki: | APTEKA NA ZDROWIE |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Olesno/46-300/ul. Klonowa 1 |
| telefon/ telefony | 343509650 |
| Data dodania do wykazu | 25.01.2022 |

| | |
|---|---|
| Data wykreślenia z wykazu | 01.04.2022 |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | |
| nazwa: | APTEKA HERBA |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lasowice Wielkie/46-282/Lasowice Wielkie 99A |
| telefon/ telefony | 774141626 |
| Data dodania do wykazu | 11.02.2022 |
| Data wykreślenia z wykazu | 01.04.2022 |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą (70)** | |
| nazwa: | OZ 5 SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gdynia/81-521/Śląska 53 lok. 102B |
| telefon/ telefony: | brak |
| identyfikator REGON | 361598928 |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | |
| nazwa/ nazwa apteki: | DR. MAX |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Strzelce Opolskie/47-100/Osiedle Piastów Śląskich 15 |
| telefon/ telefony | 77 461 02 92 |
| Data dodania do wykazu | 25.01.2022 |
| Data wykreślenia z wykazu | 01.04.2022 r. |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą (71)** | |
| nazwa: | GALEN 2002 SPÓŁKA Z OGRANICZONA ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa/03-944/Plac Przymierza 6 |
| telefon/ telefony: | brak |
| identyfikator REGON | 15773644 |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | |
| nazwa/ nazwa apteki: | APTEKA DBAM O ZDROWIE |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kluczbork/46-200/ul. Jagiellońska 14 |
| telefon/ telefony | 736698029 |
| Data dodania do wykazu | 25.01.2022 |
| Data wykreślenia z wykazu | 01.04.2022 r. |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą (72)** | |
| nazwa: | Magistrowie Farmacji Widelska Ogrodnik Sp. J. |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-364/ul. Słowackiego 2 |
| telefon/ telefony: | brak |
| identyfikator REGON | 369781052 |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | |
| nazwa/ nazwa apteki: | APTEKA GEMINI |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zawadzkie/47-120/ul. Opolska 34 |
| telefon/ telefony | 774616868 |
| Data dodania do wykazu | 25.01.2022 |
| Data wykreślenia z wykazu | 01.04.2022 r. |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą (73)** | |
| nazwa: | APTEKA MEDICA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kluczbork/46-203/Waryńskiego 2 |
| telefon/ telefony: | brak |
| identyfikator REGON | 532379542 |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | |
| nazwa/ nazwa apteki: | Ziko Apteka |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kluczbork/46-200/ul. Marszałka Piłsudskiego 12 |
| telefon/ telefony | 775400886 |
| Data dodania do wykazu | 25.01.2022 |
| Data wykreślenia z wykazu | 01.04.2022 r. |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą (74)** | |

| | |
|---|---|
| nazwa: | APTEKARZE ZBYRAD ZAGÓRSKA SP.J. |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Częstochowa/42-220/Aleja Najświętszej Maryi Panny 18 |
| telefon/ telefony: | brak |
| identyfikator REGON | 369813496 |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | |
| nazwa: | Apteka Gemini |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kluczbork/46-200/ul. Grunwaldzka 20 |
| telefon/ telefony | 774033549 |
| Data dodania do wykazu | 27.01.2022 |
| Data wykreślenia z wykazu | 01.04.2022 |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą (75)** | |
| nazwa: | ZIKO APTEKA Sp. z o.o. |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kraków/31-216/ul. Legnicka 5 |
| telefon/ telefony: | brak |
| identyfikator REGON | 120228256 |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | |
| nazwa: | Ziko Apteka |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kędzierzyn-Koźle/47-220/ul.Aleja Armii Krajowej 38/040 |
| telefon/ telefony | 775400883 |
| Data dodania do wykazu | 11.02.2022 |
| Data wykreślenia z wykazu | 01.04.2022 |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | |
| nazwa: | ZIKO APTEKA |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kędzierzyn - Koźle/47-220/Wojska Polskiego 7 |
| telefon/ telefony | 798905430 |
| Data dodania do wykazu | 07.03.2022 |
| Data wykreślenia z wykazu | 01.04.2022 |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą (76)** | |
| nazwa: | APTEKA WZGEM SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gdańsk/80-309/al. Grunwaldzka 411 |
| telefon/ telefony: | brak |
| identyfikator REGON | 363098153 |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | |
| nazwa: | Apteka Gemini |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-068/ul. 1Maja 13/1a |
| telefon/ telefony | 774066564 |
| Data dodania do wykazu | 11.02.2022 |
| Data wykreślenia z wykazu | 01.04.2022 |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą (77)** | |
| nazwa: | SUPER-PHARM POLAND SP. Z O.O |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa/02-672/Domaniewska 48 |
| telefon/ telefony: | brak |
| identyfikator REGON | 016317049 |
| **Miejsce udzielania świadczeń 1** | |
| nazwa: | Apteka SUPER-PHARM |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zawada/46-022/ul. Dębowa 1 |
| telefon/ telefony | 684196965 |
| Data dodania do wykazu | 23.02.2022 |
| Data wykreślenia z wykazu | 01.04.2022 |
| **Miejsce udzielania świadczeń 2** | |
| nazwa: | SUPER-PHARM |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-025/Krakowska 45/47 |

| | |
|---|---|
| telefon/ telefony | 77 541-74-70 |
| Data dodania do wykazu | 01.03.2022 |
| Data wykreślenia z wykazu | 01.04.2022 |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą (78)** | |
| nazwa: | URBANOWICZ SPÓŁKA JAWNA |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Strzelce Opolskie/47-100/Marka Prawego 7/1E |
| telefon/ telefony: | brak |
| identyfikator REGON | 531279904 |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 | |
| nazwa: | DOZ APTEKA. Dbam o Zdrowie |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Strzelce Opolskie/47-100/Marka Prawego 7/1E |
| telefon/ telefony | 774618900 |
| Data dodania do wykazu | 01.03.2022 |
| Data wykreślenia z wykazu | 01.04.2022 |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą (79)** | |
| nazwa: | APOTEX SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Otmuchów/48-385/Sienkiewicza 12 |
| telefon/ telefony: | brak |
| identyfikator REGON | 532230768 |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | |
| nazwa: | CENTRUM |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nysa/48-300/Bolesława Krzywoustego 6 |
| telefon/ telefony | 774093785 |
| Data dodania do wykazu | 11.03.2022 |
| Data wykreślenia z wykazu | 01.04.2022 |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą (80)** | |
| nazwa: | APTEKA W STD REAL PRZEDSIĘBIORSTWO FARMACEUTYCZNE MULTI-LEK G.SZYMAŃSKA |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-273/Kazimierza Sosnkowskiego 16 |
| telefon/ telefony: | brak |
| identyfikator REGON | 531542862 |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | |
| nazwa: | APTEKA W STD real MULTI - LEK |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-273/Kazimierza Sosnkowskiego 16 |
| telefon/ telefony | 774581109 |
| Data dodania do wykazu | 23.03.2022 |
| Data wykreślenia z wykazu | 01.04.2022 |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą (81)** | |
| nazwa: | APTEKA ANNA SANDOMIERSKA |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nysa/48-300/ Kolejowa 2a |
| telefon/ telefony: | brak |
| identyfikator REGON | 530988774 |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 | |
| nazwa: | APTEKA NA DOBRE I NA ZŁE - CENTRUM FARMACEUTYCZNE |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nysa/48-300/Celna 26/5U |
| telefon/ telefony | 774581109 |
| Data dodania do wykazu | 29.03.2022 |
| Data wykreślenia z wykazu | 01.04.2022 r. |

**Dyrektor OOWNFZ**
**Robert Bryk**

**Opole, dnia 30.03.2022 r.**

**CZĘŚĆ IX.**

**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 | 18.01.2021 |
| 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 | 18.01.2021 |
| Data wykreślenia z wykazu | |

**Dyrektor OOWNFZ**
**Robert Bryk**

**Opole, dnia 21 września 2021 r.**

**CZĘŚĆ X.**

**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 | |
| 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 | |
| Data wykreślenia z wykazu | |

**Dyrektor OOWNFZ**
**Robert Bryk**

**Opole, dnia 21 września 2021 r.**

**CZĘŚĆ XI.**
**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** | **podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej** |
|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Zespół Opieki Zdrowotnej w Głuchołazach | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Głuchołazy/ 48-340/ul. Marii Curie-Skłodowskiej 16 | | | | | |
| telefon/ telefony: | +48 77 439 15 68 | | | | | |
| identyfikator REGON | 000317665 | | | | | |
| **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** | **podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej** |
| nazwa: | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Zespół Opieki Zdrowotnej w Głuchołazach | | x | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Głuchołazy/ 48-340/ul. Lompy 2 | | | | | |
| telefon/ telefony | (077) 400 93 59 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 26.04.2021 | | | | | |
| 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** | **podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej** |
| nazwa: | Opolskie Centrum Rehabilitacji Spółka z Ograniczoną Odpowiedzialnością | | | | | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KORFANTÓW / 48-317 /ul. Wyzwolenia 11 | | | | | |
| telefon/ telefony: | (077)434 40 00 | | | | | |
| identyfikator REGON | 000654530 | | | | | |
| **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** | **podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej** |
| nazwa: | Opolskie Centrum Rehabilitacji Spółka z Ograniczoną Odpowiedzialnością | | **X** | **X** | **X** | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KORFANTÓW / 48-317 /ul. Wyzwolenia 11 | | | | | |
| telefon/ telefony | (077) 434 40 23, (77) 434 40 15 | | 27.04.2021 | 17.05.2021 | 17.05.2021 | |
| Data dodania do wykazu | 27.04.2021 | | | | | |
| 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** | **podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej** |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "PROMED" | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grodków/49-200/Szpitalna 13 | | | | | |
| telefon/ telefony: | (077)415 52 41 | | | | | |
| identyfikator REGON | 53246040000023 | | | | | |
| **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** | **podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej** |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "PROMED" Spółka Cywilna | | | **x** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grodków/49-200/Szpitalna 13 | | | | | |
| telefon/ telefony | (077)415 52 41 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 14.05.2021 | | | | | |
| 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** | **podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej** |
| nazwa: | Przychodnia Rodzinna OMEGA Sp. z o.o. | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Paczków/48-370/Stanisława Staszica 5 | | | | | |
| telefon/ telefony: | (077)431 67 24 | | | | | |
| identyfikator REGON | 531653165 | | | | | |
| **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** | **podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej** |
| nazwa: | NZOZ "OMEGA" - Przychodnia Rodzinna w Otmuchowie | | | **X** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Otmuchów/48-385/Krakowska 17 | | | | | |
| telefon/ telefony | (077)431 67 24 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 14.05.2021 | | | | | |
| 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** | **podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej** |
| nazwa: | Marek Smiech Reh-Medica | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Reńska Wieś/47-208/Pawłowicka 6 | | | | | |
| telefon/ telefony: | +48 696 081 780 | | | | | |
| identyfikator REGON | 160144019 | | | | | |
| **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** | **podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej** |
| nazwa: | REH-MEDICA Marek Smiech | | | | | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Reńska Wieś/47-208/Pawłowicka 6 | | | X | | |
| telefon/ telefony | +48 696 081 780 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 14.05.2021 | | | | | |
| 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** | **podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej** |
| nazwa: | Gabinet Rehabilitacji Małgorzata Kaniewska-Olek | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Byczyna/46-220/Kościelna 4 | | | | | |
| telefon/ telefony: | 692635846 | | | | | |
| identyfikator REGON | 160261162 | | | | | |
| **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** | **podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej** |
| nazwa: | Gabinet Rehabilitacji Małgorzata Kaniewska-Olek | | | X | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Byczyna/46-220/Kościelna 4 | | | | | |
| telefon/ telefony | 692635846 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 14.05.2021 | | | | | |
| 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** | **podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej** |
| nazwa: | NZOZ Reha- Centrum | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Niemodlin/49-100/Reymonta 7 | | | | | |
| telefon/ telefony: | 600236506 | | | | | |
| identyfikator REGON | 160138409 | | | | | |
| **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** | **podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej** |
| nazwa: | Gabinet Rehabilitacji Reha-Centrum | | | X | X | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Niemodlin/49-100/Reymonta 7 | | | | | |
| telefon/ telefony | 690906667 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 14.05.2021 | | | | | |
| 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** | **podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej** |
| nazwa: | POLSKA GRUPA KARDIOLOGICZNA "PRO CORDE" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WROCŁAW/50-315/NOWOWIEJSKA 64-66/1 A | | | | | |
| telefon/ telefony: | +48 71 322 60 08 | | | | | |
| identyfikator REGON | 021817130 | | | | | |
| **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** | **podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej** |
| nazwa: | "PRO CORDE" Dom Medyczny Opole | | | X | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-706/PL. JÓZEFA PIŁSUDSKIEGO 11A | | | | | |
| telefon/ telefony | 774195039 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 14.05.2021 | | | | | |
| 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** | **podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej** |
| nazwa: | NZOZ EUROMEDYK A. Sochacki T. Sochacki Spółka Jawna | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-057/Ozimska 19/10 | | | | | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| telefon/ telefony: | (077)441 32 95 | | | | | |
| identyfikator REGON | 531555570 | | | | | |
| **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** | **podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej** |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "EUROMEDYK" | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-057/Ozimska 19/10 | | | **X** | | |
| telefon/ telefony | (077)441 32 95 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 14.05.2021 | | | | | |
| 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** | **podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej** |
| nazwa: | Ośrodek Rehabilitacji i Odnowy Biologicznej DONI COR Sp. z o.o | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Brzeg/49-300/Kamienna 4 | | | | | |
| telefon/ telefony: | (077)444 40 52 | | | | | |
| identyfikator REGON | 160193130 | | | | | |
| **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** | **podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej** |
| nazwa: | OŚRODEK REHABILITACJI DONI COR | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Brzeg/49-300/Kamienna 4 | | | **X** | **X** | |
| telefon/ telefony | (077)444 40 52 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 14.05.2021 | | | | | |
| 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** | **podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej** |
| nazwa: | Firma Usługowo-Handlowa Joanna Widacha-Cichoń | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | POPIELÓW/46-090/Dworcowa 31 | | | | | |
| telefon/ telefony: | +48 503 354 324 | | | | | |
| identyfikator REGON | 16025269000034 | | | | | |
| **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** | **podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej** |
| nazwa: | Zak-reha Przychodnia rehabilitacyjna | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | POPIELÓW/46-090/Dworcowa 31 | | | **X** | | |
| telefon/ telefony | +48 503 354 324 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 14.05.2021 | | | | | |
| 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** | **podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej** |
| nazwa: | Łukasz Broszko DR KANGUR | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zubrzyce/48-100/Pogodna 3 | | | | | |
| telefon/ telefony: | 604246994 | | | | | |
| identyfikator REGON | 160269034 | | | | | |
| **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** | **podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej** |
| nazwa: | Łukasz Broszko DR KANGUR | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Głubczyce/48-100/Chrobrego 16 | | | **X** | | |
| telefon/ telefony | 784565994 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 14.05.2021 | | | | | |
| 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** | **podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej** |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | Powiatowe Centrum Zdrowia S.A Szpital Powiatowy | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KLUCZBORK/46-200/Skłodowskiej-Curie 23 | | | | | |
| telefon/ telefony: | +48 77 417 35 00;+48 604 468 854 | | | | | |
| identyfikator REGON | 532421008 | | | | | |
| **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** | **podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej** |
| nazwa: | Przychodnia Specjalistyczna w Kluczborku | | | **X** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kluczbork/46-200/ul.Sienkiewicza 20B | | | | | |
| telefon/ telefony | +48 77 417 35 00;+48 604 468 854 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 14.05.2021 | | | | | |
| 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** | **podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej** |
| nazwa: | Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Św. Jadwigi w Opolu | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OPOLE/45-221/Wodociągowa 4 | | | | | |
| telefon/ telefony: | 775414200 | | | | | |
| identyfikator REGON | 000294303 | | | | | |
| **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** | **podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej** |
| nazwa: | Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im.św.Jadwigi | | | **X** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OPOLE/45-221/Wodociągowa 4 | | | | | |
| telefon/ telefony | 775414213 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 14.05.2021 | | | | | |
| 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** | **podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej** |
| nazwa: | NZOZ Ośrodek Rehabilitacji Marek Grodzki | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Tychy/43-100/Alfonsa Zgrzebnioka 22 | | | | | |
| telefon/ telefony: | 661227751 | | | | | |
| identyfikator REGON | 272030740 | | | | | |
| **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** | **podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej** |
| nazwa: | NZOZ OŚRODEK REHABILITACJI MAREK GRODZKI | | | | **X** | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Głubczyce/48-100/ Henryka Sienkiewicza 1 | | | | | |
| telefon/ telefony | 661662307 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 14.05.2021 | | | | | |
| 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** | **podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej** |
| nazwa: | NZOZ OŚRODEK REHABILITACJI MAREK GRODZKI | | | | **X** | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wilków/46-113/Kościelna 6 | | | | | |
| telefon/ telefony | 661662307 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 14.05.2021 | | | | | |
| 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** | **podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej** |
|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | EURO-MED Sp.z o.o. | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Tychy/43-100/Alfonsa Zgrzebnioka 22 | | | | | |
| telefon/ telefony: | 661227751 | | | | | |
| 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** | **podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej** |
| nazwa: | NZOZ OŚRODEK REHABILITACJI EURO-MED SP. Z O.O. | | | | **X** | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Strzelce Opolskie/47-100/Bolesława Chrobrego 1 | | | | | |
| telefon/ telefony | 603427900 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 14.05.2021 | | | | | |
| 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** | **podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej** |
| nazwa: | NZOZ OŚRODEK REHABILITACJI EURO-MED SP. Z O.O. | | | | **X** | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Brzeg/49-300/Trzech Kotwic 6 | | | | | |
| telefon/ telefony | 603427900 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 14.05.2021 | | | | | |
| 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** | **podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej** |
| nazwa: | NZOZ OŚRODEK REHABILITACJI EURO-MED SP. Z O.O. | | | | **X** | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kluczbork/46-203/Ligonia 14F | | | | | |
| telefon/ telefony | 603427900 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 14.05.2021 | | | | | |
| 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** | **podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej** |
| nazwa: | Centrum Opieki Długoterminowej Sp. z o.o. | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ŁAŃCUT/37-100/Armii Krajowej 18 | | | | | |
| telefon/ telefony: | +48 73 374 94 11 | | | | | |
| identyfikator REGON | 181007326 | | | | | |
| **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** | **podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej** |
| nazwa: | CENTRUM REHABILITACJI LECZNICZEJ | | | | **X** | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Krapkowice/47-300/ul.Damrota 2 | | | | | |
| telefon/ telefony | +48 73 374 94 11 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 17.05.2021 | | | | | |
| 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** | **podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej** |
| nazwa: | CENTRUM REHABILITACJI LECZNICZEJ | | | | **X** | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Praszka/36-320/ul.Fabryczna 14a | | | | | |
| telefon/ telefony | +48 73 374 94 11 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 17.05.2021 | | | | | |
| 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** | **podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej** |
|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | Zespół Opieki Zdrowotnej w Nysie | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nysa/48-300/Bohaterów Warszawy 34 | | | | | |
| telefon/ telefony: | 77 408 78 30 | | | | | |
| identyfikator REGON | 000313443 | | | | | |
| **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** | **podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej** |
| nazwa: | Zakład Rehabilitacji Leczniczej | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Paczków/48-370/ul.Stanisława Staszica 3 | | | **X** | | |
| telefon/ telefony | 77 43 90 300 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 17.05.2021 | | | | | |
| 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** | **podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej** |
| nazwa: | Centrum Medyczne i Rehabilitacji KRIOSONIK Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością Spółka jawna | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa/03-202/Wysockiego 51 | | | | | |
| telefon/ telefony: | 48 22 811 51 73 | | | | | |
| identyfikator REGON | 01515312000026 | | | | | |
| **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** | **podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej** |
| nazwa: | Centrum Medyczne i Rehabilitacji KRIOSONIK | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-759/Walerego Wróblewskiego 46 | | | **X** | **X** | |
| telefon/ telefony | +48 77 449 57 57 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 17.05.2021 | | | | | |
| 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** | **podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej** |
| nazwa: | PZU ZDROWIE SPÓŁKA AKCYJNA | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa/02-673/Konstruktorska 13 | | | | | |
| telefon/ telefony: | (077)441 32 34 | | | | | |
| identyfikator REGON | 14334316600059 | | | | | |
| **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** | **podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej** |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "MEDICUS" | | | **X** | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OPOLE/45-706/Józefa Piłsudskiego 5 | | | | | |
| telefon/ telefony | (077)441 32 34 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 17.05.2021 | | | | | |
| 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** | **podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej** |
| nazwa: | Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Kędzierzynie-Koźlu | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kędzierzyn-Koźle/47-200/24 Kwietnia 5 | | | | | |
| telefon/ telefony: | +48 774 062 500 | | | | | |
| identyfikator REGON | 00031466100021 | | | | | |

| **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** | **podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej** |
|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Kędzierzynie-Koźlu | | | X | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kędzierzyn-Koźle/47-220/ul.Harcerska 11 | | | | | |
| telefon/ telefony | +48 774 062 500 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 17.05.2021 | | | | | |
| 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** | **podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej** |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "FIZJO-MED" | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kluczbork/46-200/Skłodowskiej-Curie 25b | | | | | |
| telefon/ telefony: | 48602740614 | | | | | |
| identyfikator REGON | 53165099400023 | | | | | |
| **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** | **podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej** |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "FIZJO-MED" | | | X | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kluczbork/46-200/Skłodowskiej-Curie 25b | | | | | |
| telefon/ telefony | 48602740614 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 17.05.2021 | | | | | |
| 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** | **podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej** |
| nazwa: | Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Opolu | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-401/Aleja Wincentego Witosa 26 | | | | | |
| telefon/ telefony: | +48 77 452 07 45 | | | | | |
| identyfikator REGON | 53051239100023 | | | | | |
| **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** | **podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej** |
| nazwa: | Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Opolu | | | X | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-401/Aleja Wincentego Witosa 26 | | | | | |
| telefon/ telefony | +48 77 452 07 45 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 17.05.2021 | | | | | |
| 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** | **podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej** |
| nazwa: | Izabela Bednarek Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "DOMED" | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zimnice Wielkie/46-060/Szkolna 2A | | | | | |
| telefon/ telefony: | (077)464 85 18 | | | | | |
| identyfikator REGON | 53222241500020 | | | | | |
| **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** | **podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej** |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "DOMED" | | | X | | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zimnice Wielkie/46-060/Szkolna 2A | | | | | |
| telefon/ telefony | (077)464 85 18 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 07.07.2021 | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 25** | | **zakład lecznictwa uzdrowiskowego** | **podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym** | **podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych** | **podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych** | **podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej** |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej IS-MED-PS | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KĘDZIERZYN-KOŹLE/47-220/Zwycięstwa 4 | | | | | |
| telefon/ telefony: | (077)540 50 70 | | | | | |
| identyfikator REGON | 53220175500022 | | | | | |
| **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** | **podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej** |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej IS-MED-PS | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zdzieszowice/47-330 /Filarskiego 19, | | | x | | |
| telefon/ telefony | (077)540 50 70 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 07.07.2021 | | | | | |
| 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** | **podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej** |
| nazwa: | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej IS-MED-PS | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | KĘDZIERZYN-KOŹLE/47-220/Zwycięstwa 4 | | | x | | |
| telefon/ telefony | (077)540 50 70 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 07.07.2021 | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 26** | | **zakład lecznictwa uzdrowiskowego** | **podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym** | **podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych** | **podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych** | **podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej** |
| nazwa: | Namysłowskie Centrum Zdrowia Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Namysłów/46-100/Oleśnicka 4 | | | | | |
| telefon/ telefony: | 77 40 40 200 | | | | | |
| identyfikator REGON | 16021646300032 | | | | | |
| **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** | **podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej** |
| nazwa: | Przychodnia Wielospecjalistyczna | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Namysłów/46-100/Oleśnicka 4 | | | x | | |
| telefon/ telefony | 77 40 40 200 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 07.07.2021 | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 27** | | **zakład lecznictwa uzdrowiskowego** | **podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym** | **podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych** | **podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych** | **podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej** |
| nazwa: | Krapkowickie Centrum Zdrowia Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Krapkowice/47-303/Osiedle XXX Lecia 21 | | | | | |
| telefon/ telefony: | (077)446 72 28 | | | | | |
| identyfikator REGON | 16021349900014 | | | | | |
| **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** | **podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej** |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| nazwa: | Przychodnia | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Krapkowice /47-300/Szkolna 7, | | | x | | |
| telefon/ telefony | (077)446 72 28 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 07.07.2021 | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | |
| **Podmiot wykonujący działalność leczniczą 28** | | **zakład lecznictwa uzdrowiskowego** | **podmiot realizujący rehabilitację leczniczą w trybie stacjonarnym** | **podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach ambulatoryjnych** | **podmiot realizujący fizjoterapię w warunkach domowych** | **podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej** |
| nazwa: | EMC Instytut Medyczny Spółka Akcyjna Szpital Świętego Rocha w Ozimku | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wrocław-Fabryczna/54-144/Pilczycka 144-148, 54-144 | | | | | |
| telefon/ telefony: | +48 77 427 34 00 | | | | | |
| identyfikator REGON | 933040945 | | | | | |
| **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** | **podmiot realizujący świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej** |
| nazwa: | Przychodnia Specjalistyczna | | | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ozimek/46-040/Częstochowska 31 | | | x | x | |
| telefon/ telefony | +48 77 427 34 00 | | | | | |
| Data dodania do wykazu | 07.07.2021 | | | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | | | | | | |

**Dyrektor OOWNFZ**
**Robert Bryk**

**Opole, dnia 21.09.2021 r.**

**CZĘŚĆ XII.**

**Wykaz podmiotów (laboratoriów) wykonujących testy diagnostyczne RT-PCR w kierunku SARS-CoV-2**

| **Podmiot 1** | | **Wykonanie testu RT-PCR w kierunku SARS-CoV-2** | **Wykonanie szybkiego testu RT-PCR w kierunku SARS-CoV-2** | **Wykonanie testu antygenowego w kierunku SARS-CoV-2** |
|---|---|---|---|---|
| nazwa: | **Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Opolu** | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-401/ . Al. W. Witosa 26, | | | |
| telefon/ telefony: | 77 45 20 745 | | | |
| identyfikator REGON | 530512391 | | | |
| **Miejsce realizacji testów 1** | | | | |
| nazwa: | **Szpitalny Oddział Ratunkowy** | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-401/ . Al. W. Witosa 26, | | x | |
| telefon/ telefony | 77 45 20 745 | | | |
| Data dodania do wykazu | 01.02.2022 r. | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 01.04.2022 | | | |
| **Miejsce realizacji testów 2** | | | | |
| nazwa: | **Zakład Mikrobiologii** | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-401/ . Al. W. Witosa 26, | x | x | |
| telefon/ telefony | 77 45 20 326; 77 45 20 329; 77 45 20 390; | | | |
| Data dodania do wykazu | 01.01.2022 r. | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 01.04.2022 | | | |
| **Podmiot 2** | | | | |
| nazwa: | **Szpital Wojewódzki w Opolu spółka z o.o.** | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-372/Augustyna Kośnego 53 | | | |
| telefon/ telefony: | 531418151 | | | |
| identyfikator REGON | 77 443 31 00; | | | |
| **Miejsce realizacji testów 1** | | | | |
| nazwa: | **Szpitalny Oddział Ratunkowy** | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole /45-061/, ul. Katowicka 64 | | x | |
| telefon/ telefony | 531418151 | | | |
| Data dodania do wykazu | 01.02.2022 r. | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 01.04.2022 | | | |
| **Miejsce realizacji testów 2** | | | | |
| nazwa: | **Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej** | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole /45-061/, ul. Katowicka 64 | x | x | x |
| telefon/ telefony | 77 44 33 236; | | | |
| Data dodania do wykazu | 01.01.2022 r. | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 01.04.2022 | | | |
| **Podmiot 3** | | | | |
| nazwa: | **Zespół Opieki Zdrowotnej w Nysie** | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nysa/48-300/Bohaterów Warszawy 34 | | | |
| telefon/ telefony: | 77 408 78 30; 77 40 87 800 | | | |
| identyfikator REGON | 000313443 | | | |
| **Miejsce realizacji testów 1** | | | | |
| nazwa: | **Szpitalny Oddział Ratunkowy** | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nysa/48-300/Bohaterów Warszawy 34 | | x | |
| telefon/ telefony | 77 408 78 30; 77 40 87 800 | | | |
| Data dodania do wykazu | 01.02.2022 r. | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 01.04.2022 | | | |
| **Miejsce realizacji testów 2** | | | | |
| nazwa: | **Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej** | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nysa/48-300/Bohaterów Warszawy 23 | x | x | x |
| telefon/ telefony | 77 40 87 967; | | | |
| Data dodania do wykazu | 01.01.2022 r. | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 01.04.2022 | | | |
| **Podmiot 4** | | | | |
| nazwa: | **SP Zespół Opieki Zdrowotnej w Kędzierzynie-Koźlu** | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kędzierzyn-Koźle/47-200/ 24 Kwietnia 5 | | | |
| telefon/ telefony: | 77 406 25 00 | | | |
| identyfikator REGON | 000314661 | | | |
| **Miejsce realizacji testów 1** | | | | |
| nazwa: | **Szpitalny Oddział Ratunkowy** | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kędzierzyn-Koźle/47-200/ Roosevelta 2 | | x | |
| telefon/ telefony | 77 406 25 00 | | | |
| Data dodania do wykazu | 01.02.2022 r. | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 01.04.2022 | | | |
| **Miejsce realizacji testów 2** | | | | |
| nazwa: | **Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej** | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kędzierzyn-Koźle/47-200/ Roosevelta 2 | x | x | x |
| telefon/ telefony | 77 40 62 442; 77 40 62 440 | | | |
| Data dodania do wykazu | 01.01.2022 r. | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 01.04.2022 | | | |
| **Podmiot 5** | | | | |
| nazwa: | **Medyczne Laboratorium Diagnostyczne "Medicina" Kluczbork** | | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kluczbork/46-200/Rynek 23/1 | | | |
| telefon/ telefony: | 77 41 33 413 | | | |
| identyfikator REGON | 530571910 | | | |
| **Miejsce realizacji testów 1** | | | | |
| nazwa: | **Medyczne Laboratorium Diagnostyczne "Medicina" Kluczbork** | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kluczbork/46-200/ul. Curie-Skłodowskiej 23 (budynek C) | x | | x |
| telefon/ telefony | 77 41 33 413 | | | |
| Data dodania do wykazu | 31.01.2022 | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 01.04.2022 | | | |
| **Podmiot 6** | | | | |
| nazwa: | **SP Zakład Opieki Zdrowotnej MSWiA w Opolu** | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-075/Krakowska 44 | | | |
| telefon/ telefony: | 77 401 11 00 | | | |
| identyfikator REGON | 531163515 | | | |
| **Miejsce realizacji testów 1** | | | | |
| nazwa: | **Izba Przyjęć** | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-075/Krakowska 44 | | x | |
| telefon/ telefony | 77 401 11 00 | | | |
| Data dodania do wykazu | 01.02.2022 r. | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 22.02.2022 r. | | | |
| **Podmiot 7** | | | | |
| nazwa: | **Powiatowe Centrum Zdrowia S.A. w Kluczborku** | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kluczbork/46-200/M. Skłodowskiej-Curie 23 | | | |
| telefon/ telefony: | 77 417 35 00 | | | |
| identyfikator REGON | 532421008 | | | |
| **Miejsce realizacji testów 1** | | | | |
| nazwa: | **Izba Przyjęć** | | | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kluczbork/46-200/M. Skłodowskiej-Curie 23 | | x | |
| telefon/ telefony | 77 417 35 00 | | | |
| Data dodania do wykazu | 02.03.2022 r. | | | |
| Data wykreślenia z wykazu | 01.04.2022 | | | |

**Dyrektor OOWNFZ**
**Robert Bryk**

**Opole, dnia 30.03.2022 r.**

**CZĘŚĆ XIII.**

**Wykaz podmiotów prowadzących aptekę ogólnodostępną/mobilnych punktów pobrań wykonujących testy antygenowe w kierunku SARS-CoV-2**

| **Podmiot 1** | | **Wykonanie testów antygenowych w kierunku SARS-CoV-2** |
|---|---|---|
| nazwa apteki: | APTEKA POŁUDNIOWA Błahitka spółka jawna | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Brzeg/49-305/ul. Brzechwy 3 | |
| telefon/ telefony: | brak | |
| identyfikator REGON | 532227476 | |
| **Miejsce realizacji testów 1** | | **rodzaj punktu*** |
| nazwa apteki: | DOZ Apteka.Dbam o Zdrowie.Południowa | **APTW** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Brzeg/49-305/ul. Brzechwy 3 | |
| telefon/ telefony | 774111865 | |
| Data dodania do wykazu | 28.01.2022 | |
| Data wykreślenia z wykazu | 01.04.2022 | |
| **Podmiot 2** | | **Wykonanie testów antygenowych w kierunku SARS-CoV-2** |
| nazwa apteki: | APTEKA URTICA Agnieszka Kuterska | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kędzierzyn-Koźle/47-232/ul. Królowej Jadwigi 12 | |
| telefon/ telefony: | brak | |
| identyfikator REGON | 531664520 | |
| **Miejsce realizacji testów 1** | | **rodzaj punktu*** |
| nazwa apteki: | Apteka Urtica | **APTW** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kędzierzyn-Koźle/47-232/ul. Królowej Jadwigi 12 | |
| telefon/ telefony | 774819066 | |
| Data dodania do wykazu | 28.01.2022 | |
| Data wykreślenia z wykazu | 01.04.2022 | |
| **Podmiot 3** | | **Wykonanie testów antygenowych w kierunku SARS-CoV-2** |
| nazwa apteki: | Apteka Zdrowie Monika Hylak | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Prudnik/48-200/ul. Łangowskiego 2 | |
| telefon/ telefony: | brak | |
| identyfikator REGON | 161556244 | |
| **Miejsce realizacji testów 1** | | **rodzaj punktu*** |
| nazwa apteki: | Apteka Zdrowie | **APTW** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Prudnik/48-200/ul. Łangowskiego 2 | |
| telefon/ telefony | 774360738 | |
| Data dodania do wykazu | 28.01.2022 | |
| Data wykreślenia z wykazu | 01.04.2022 | |
| **Podmiot 4** | | **Wykonanie testów antygenowych w kierunku SARS-CoV-2** |
| nazwa apteki: | Apteka Pod Lipami s.j. Maria Kowalska Stanisław Kowalski | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Leśnica/47-150/Plac Narutowicza 2 | |
| telefon/ telefony: | brak | |
| identyfikator REGON | 531671163 | |
| **Miejsce realizacji testów 1** | | **rodzaj punktu*** |
| nazwa apteki: | Apteka Pod Lipami | **APTW** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Leśnica/47-150/Plac Narutowicza 2 | |
| telefon/ telefony | 774615314 | |
| Data dodania do wykazu | 28.01.2022 | |
| Data wykreślenia z wykazu | 01.04.2022 | |
| **Podmiot 5** | | **Wykonanie testów antygenowych w kierunku SARS-CoV-2** |
| nazwa: | Medyczne Laboratorium Diagnostyczne Medicina | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kluczbork/46-200/Rynek 23/1 | |
| telefon/ telefony: | 77 41 33 413 | |
| identyfikator REGON | 530571910 | |
| **Miejsce realizacji testów 1** | | **rodzaj punktu*** |
| nazwa: | Medyczne Laboratorium Diagnostyczne Medicina | **MPP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kluczbork/46-200/Marii Curie-Skłodowskiej 23 C | |
| telefon/ telefony | 77 41 33 413 | |

| | | |
|---|---|---|
| Data dodania do wykazu | 29.01.2022 | |
| Data wykreślenia z wykazu | 01.04.2022 | |
| **Podmiot 6** | | **Wykonanie testów antygenowych w kierunku SARS-CoV-2** |
| nazwa: | Krapkowickie Centrum Zdrowia sp. z o.o. | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Krapkowice/47-303/os. XXX-lecia 21 | |
| telefon/ telefony: | 77 44 67 228 | |
| identyfikator REGON | 160213499 | |
| **Miejsce realizacji testów 1** | | **rodzaj punktu*** |
| nazwa: | MOBILNY PUNKT POBRAŃ | **MPP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Krapkowice/47-303/os. XXX-lecia 21 | |
| telefon/ telefony | 506855847 | |
| Data dodania do wykazu | 29.01.2022 | |
| Data wykreślenia z wykazu | 01.04.2022 | |
| **Podmiot 7** | | **Wykonanie testów antygenowych w kierunku SARS-CoV-2** |
| nazwa: | 116 Szpital Wojskowy z Przychodnią SP ZOZ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-759/Wróblewskiego 46 | |
| telefon/ telefony: | 26 162 51 29 | |
| identyfikator REGON | 531563611 | |
| **Miejsce realizacji testów 1** | | **rodzaj punktu*** |
| nazwa: | Izba Przyjęć | **MPP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-759/Wróblewskiego 46 | |
| telefon/ telefony | 26 16 25 507 | |
| Data dodania do wykazu | 29.01.2022 | |
| Data wykreślenia z wykazu | 01.04.2022 | |
| **Podmiot 8** | | **Wykonanie testów antygenowych w kierunku SARS-CoV-2** |
| nazwa apteki: | Regina Babiak Apteka Otmuchowska | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Otmuchów/48-385/Rynek 39B | |
| telefon/ telefony: | brak | |
| identyfikator REGON | 530505050 | |
| **Miejsce realizacji testów 1** | | **rodzaj punktu*** |
| nazwa apteki: | Apteka Otmuchowska | **APTW** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Otmuchów/48-385/Rynek 39B | |
| telefon/ telefony | 774314416 | |
| Data dodania do wykazu | 31.01.2022 | |
| Data wykreślenia z wykazu | 01.04.2022 | |
| **Podmiot 9** | | **Wykonanie testów antygenowych w kierunku SARS-CoV-2** |
| nazwa: | Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Głubczycach | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Głubczyce/48-100/ul. Skłodowskiej 26 | |
| telefon/ telefony: | 77 48 01 170 | |
| identyfikator REGON | 000311579 | |
| **Miejsce realizacji testów 1** | | **rodzaj punktu*** |
| nazwa: | DARMOWY PUNKT WYMAZOWY | **MPP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Głubczyce/48-100/ul. Skłodowskiej 26 | |
| telefon/ telefony | 887 039 369 | |
| Data dodania do wykazu | 31.01.2022 | |
| Data wykreślenia z wykazu | 01.04.2022 | |
| **Podmiot 10** | | **Wykonanie testów antygenowych w kierunku SARS-CoV-2** |
| nazwa: | ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nysa/48-300/ul. Bohaterów Warszawy 34 | |
| telefon/ telefony: | 77 40 87 830 | |
| identyfikator REGON | 000313443 | |
| **Miejsce realizacji testów 1** | | **rodzaj punktu*** |
| nazwa: | Testy antygenowe ZOZ | **MPP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nysa/48-300/ul. Ogrodowa 1 | |
| telefon/ telefony | 77 40 87 951 | |
| Data dodania do wykazu | 31.01.2022 | |
| Data wykreślenia z wykazu | 19.02.2022 r. | |
| **Podmiot 11** | | **Wykonanie testów antygenowych w kierunku SARS-CoV-2** |
| nazwa: | Namysłowskie Centrum Zdrowia sp. z o.o. | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Namysłów/46-100/ul. Oleśnicka 4 | |

| | | |
|---|---|---|
| telefon/ telefony: | 77 40 40 248 | |
| identyfikator REGON | 160216463 | |
| **Miejsce realizacji testów 1** | | **rodzaj punktu*** |
| nazwa: | Mobilny punkt wymazowy | **MPP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Namysłów/46-100/ul. Oleśnicka 4 | |
| telefon/ telefony | 782 502 533 | |
| Data dodania do wykazu | 31.01.2022 | |
| Data wykreślenia z wykazu | 01.04.2022 | |
| **Podmiot 12** | | **Wykonanie testów antygenowych w kierunku SARS-CoV-2** |
| nazwa: | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kędzierzyn-Koźle/47-200/ul. 24 Kwietnia 5 | |
| telefon/ telefony: | 77 40 62 500 | |
| identyfikator REGON | 000314661 | |
| **Miejsce realizacji testów 1** | | **rodzaj punktu*** |
| nazwa: | Punkt pobrań | **MPP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kędzierzyn-Koźle/47-200/ul. Roosevelta 2 | |
| telefon/ telefony | 797 301 474 | |
| Data dodania do wykazu | 31.01.2022 | |
| Data wykreślenia z wykazu | 01.04.2022 | |
| **Podmiot 13** | | **Wykonanie testów antygenowych w kierunku SARS-CoV-2** |
| nazwa: | SZPITAL WOJEWÓDZKI W OPOLU Sp. z o.o. | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-372/ul. Kośnego 53 | |
| telefon/ telefony: | 77 44 33 100 | |
| identyfikator REGON | 531418151 | |
| **Miejsce realizacji testów 1** | | **rodzaj punktu*** |
| nazwa: | Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej Punkt Pobrań | **MPP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/46-061/ul. Katowicka 64 | |
| telefon/ telefony | 500 578 512 | |
| Data dodania do wykazu | 31.01.2022 | |
| Data wykreślenia z wykazu | 01.04.2022 | |
| **Podmiot 14** | | **Wykonanie testów antygenowych w kierunku SARS-CoV-2** |
| nazwa: | DIAGNOSTYKA SPÓŁKA AKCYJNA | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kraków/31-864/Życzkowskiego 16 | |
| telefon/ telefony: | 12 295 01 51 | |
| identyfikator REGON | 356366975 | |
| **Miejsce realizacji testów 1** | | **rodzaj punktu*** |
| nazwa: | Diagnostyka S.A. | **MPP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Olesno/46-300/Małe Przedmieście 14 | |
| telefon/ telefony | 664 902 079 | |
| Data dodania do wykazu | 31.01.2022 | |
| Data wykreślenia z wykazu | 01.04.2022 | |
| **Miejsce realizacji testów 2** | | **rodzaj punktu*** |
| nazwa: | Diagnostyka S.A. | **MPP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kluczbork/46-200/Skłodowskiej Curie 6 | |
| telefon/ telefony | 77/413-34-10 | |
| Data dodania do wykazu | 31.01.2022 | |
| Data wykreślenia z wykazu | 01.04.2022 | |
| **Miejsce realizacji testów 3** | | **rodzaj punktu*** |
| nazwa: | Diagnostyka S.A. | **MPP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nysa/48-303/Sudecka 23 | |
| telefon/ telefony | 503 923 601 | |
| Data dodania do wykazu | 31.01.2022 | |
| Data wykreślenia z wykazu | 01.04.2022 | |
| **Miejsce realizacji testów 4** | | **rodzaj punktu*** |
| nazwa: | Diagnostyka S.A. | **MPP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grodków/49-200/Sportowa 3 | |
| telefon/ telefony | 503 923 601 | |
| Data dodania do wykazu | 31.01.2022 | |
| Data wykreślenia z wykazu | 01.04.2022 | |
| **Podmiot 15** | | **Wykonanie testów antygenowych w kierunku SARS-CoV-2** |
| nazwa: | SP ZOZ MINISTERSTWA SPRAW WEWNĘTRZNYCH I ADMINISTRACJI W OPOLU | |

| | | |
|---|---|---|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-075/ul. Krakowska 44 | |
| telefon/ telefony: | 77 40 11 100 | |
| identyfikator REGON | 531163515 | |
| **Miejsce realizacji testów 1** | | **rodzaj punktu*** |
| nazwa: | Mobilny Punkt Wymazów MSWiA w Opolu | **MPP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-075/ul. Krakowska 44 | |
| telefon/ telefony | 77 401 10 01 | |
| Data dodania do wykazu | 31.01.2022 | |
| Data wykreślenia z wykazu | 01.04.2022 | |
| **Podmiot 16** | | **Wykonanie testów antygenowych w kierunku SARS-CoV-2** |
| nazwa: | SP ZOZ Zespół Opieki Zdrowotnej | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Głuchołazy/48-340/ul. Curie-Skłodowskiej 16 | |
| telefon/ telefony: | 77 43 91 568 | |
| identyfikator REGON | 000317665 | |
| **Miejsce realizacji testów 1** | | **rodzaj punktu*** |
| nazwa: | Punkt Pobrań | **MPP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Głuchołazy/48-340/ul. Curie-Skłodowskiej 16 | |
| telefon/ telefony | 77 45 11 210 | |
| Data dodania do wykazu | 01.02.2022 | |
| Data wykreślenia z wykazu | 01.04.2022 | |
| **Podmiot 17** | | **Wykonanie testów antygenowych w kierunku SARS-CoV-2** |
| nazwa apteki: | Tomasz Wojtala Apteka W Środku Miasta | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Krapkowice/47-303/ul. Księdza Koziołka 20 | |
| telefon/ telefony: | brak | |
| identyfikator REGON | 532218661 | |
| **Miejsce realizacji testów 1** | | **rodzaj punktu*** |
| nazwa apteki: | APTEKA W ŚRODKU MIASTA | **APTW** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Krapkowice/47-303/ul. Księdza Koziołka 20 | |
| telefon/ telefony | 774466680 | |
| Data dodania do wykazu | 02.02.2022 | |
| Data wykreślenia z wykazu | 01.04.2022 | |
| **Podmiot 18** | | **Wykonanie testów antygenowych w kierunku SARS-CoV-2** |
| nazwa: | UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY W OPOLU | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-401/Al. W. Witosa 26 | |
| telefon/ telefony: | 77 45 20 124 | |
| identyfikator REGON | 530512391 | |
| **Miejsce realizacji testów 1** | | **rodzaj punktu*** |
| nazwa: | Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej | **MPP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Opole/45-401/Al. W. Witosa 26 | |
| telefon/ telefony | 77 452 05 11 | |
| Data dodania do wykazu | 03.02.2022 | |
| Data wykreślenia z wykazu | 01.04.2022 | |
| **Podmiot 19** | | **Wykonanie testów antygenowych w kierunku SARS-CoV-2** |
| nazwa: | Prudnickie Centrum Medyczne S.A. | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Prudnik/48-200/ul. Szpitalna 14 | |
| telefon/ telefony: | 77 40 67 885 | |
| identyfikator REGON | 532448467 | |
| **Miejsce realizacji testów 1** | | **rodzaj punktu*** |
| nazwa: | Punkt Pobrań-Testy Antygenowe | **MPP** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Prudnik/48-200/ul. Piastowska 64 | |
| telefon/ telefony | 77 40 67 822 | |
| Data dodania do wykazu | 03.02.2022 | |
| Data wykreślenia z wykazu | 01.04.2022 | |
| **Podmiot 20** | | **Wykonanie testów antygenowych w kierunku SARS-CoV-2** |
| nazwa apteki: | Apotex Sp. z.o.o. | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Otmuchów/48-385/ul.Sienkiewicza 12 | |
| telefon/ telefony: | brak | |
| identyfikator REGON | 532230768 | |
| **Miejsce realizacji testów 1** | | **rodzaj punktu*** |
| nazwa apteki: | Apteka Centrum | |

| | | |
|---|---|---|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nysa/48-300/ul. Mariacka 10 | **APTW** |
| telefon/ telefony | 774025034 | |
| Data dodania do wykazu | 11.02.2022 | |
| Data wykreślenia z wykazu | 01.04.2022 | |
| **Miejsce realizacji testów 2** | | **rodzaj punktu*** |
| nazwa apteki: | CENTRUM | **APTW** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nysa/48-300/Bolesława Krzywoustego 6 | |
| telefon/ telefony | 774093785 | |
| Data dodania do wykazu | 02.03.2022 | |
| Data wykreślenia z wykazu | 01.04.2022 | |
| **Podmiot 21** | | **Wykonanie testów antygenowych w kierunku SARS-CoV-2** |
| nazwa apteki: | ZIOŁO-LEK" M.ZAKLIKA & A.PIOTROWIAK SPÓŁKA JAWNA | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Olesno/46-300/ul. Małe Przedmieście 28 | |
| telefon/ telefony: | brak | |
| identyfikator REGON | 532201910 | |
| **Miejsce realizacji testów 1** | | **rodzaj punktu*** |
| nazwa apteki: | NA DOBRE I NA ZŁE | **APTW** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Olesno/46-300/ul. Małe Przedmieście 28 | |
| telefon/ telefony | 343598176 | |
| Data dodania do wykazu | 18.02.2022 | |
| Data wykreślenia z wykazu | 01.04.2022 | |
| **Podmiot 22** | | **Wykonanie testów antygenowych w kierunku SARS-CoV-2** |
| nazwa apteki: | ANNA ZAKLIKA | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Olesno/46-300/ul. Jana Pieloka 13 | |
| telefon/ telefony: | brak | |
| identyfikator REGON | 160043815 | |
| **Miejsce realizacji testów 2** | | **rodzaj punktu*** |
| nazwa apteki: | NA DOBRE I NA ZŁE | **APTW** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Olesno/46-300/ul. Jana Pieloka 13 | |
| telefon/ telefony | 343583325 | |
| Data dodania do wykazu | 18.02.2022 | |
| Data wykreślenia z wykazu | 01.04.2022 | |
| **Podmiot 23** | | **Wykonanie testów antygenowych w kierunku SARS-CoV-2** |
| nazwa apteki: | BURCHACIŃSCY SPÓŁKA AKCYJNA spółka komandytowa | |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wieluń/98-300/św. Barbary 4 | |
| telefon/ telefony: | brak | |
| identyfikator REGON | 730292865 | |
| **Miejsce realizacji testów 1** | | **rodzaj punktu*** |
| nazwa apteki: | APTEKI BURCHACIŃSCY; WEJDŹ PO ZDROWIE | **APTW** |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Praszka/46-320/ul. Senatorska 31 | |
| telefon/ telefony | 343588218 | |
| Data dodania do wykazu | 08.03.2022 | |
| Data wykreślenia z wykazu | 01.04.2022 | |

**Dyrektor OOWNFZ**
**Robert Bryk**

**Opole, dnia 30.03.2022 r.**