

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

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 1        | od 09.03.2020 r.   | kategoria realizowanych świadczeń |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
|---|--|-----------------------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:  | Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów opieki Zdrowotnej w Kozienicach  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kozienice 26-900, ul. Al.Wł. Sikorskiego 10  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony:                                | 48 679 72 89; 48 679 72 96   |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| identyfikator REGON                               | 670146450  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>           |  | transport sanitarny**             | leczenie                                 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | <b>CHOROBY ZAKAŻNE</b>   |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kozienice 26-900, ul. Al.Wł. Sikorskiego 10  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 48 679 72 89; 48 679 72 96   |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2020 r.  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 17.05.2020 r.  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2 *</b>           |  | transport sanitarny**             | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | <b>SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY</b>   |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kozienice 26-900, ul. Al.Wł. Sikorskiego 10  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 48 679 72 89; 48 679 72 96   |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 07.04.2020 r.  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3 *</b>           |  | transport sanitarny**             | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | <b>PUNKT POBRAŃ</b><br>(do 13.09.2020 r.: codziennie w godz. 10.00-12.00;<br>od 14.09.2020 r. do 16.10.2020 r.: codziennie w godz. 10.00-15.00,<br>od 17.10.2020 r.: pn 15.00-20.00, wt 10.00-15.00, śr 10.00-15.00,<br>czw 15.00-20.00, pt 10.00-15.00, sb 10.00-15.00, nd 10.00-15.00) |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kozienice 26-900, ul. Al.Wł. Sikorskiego 10  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | do 08.09.2020 r. - tel. 887 181 170; 509 441 112;<br>od 09.09.2020 r. - tel. 887 181 170   |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 11.05.2020 r.  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4 *</b>           |  | transport sanitarny**             | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | Szpital II poziomu zabezpieczenia  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kozienice 26-900, ul. Al.Wł. Sikorskiego 10  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 48 679 72 89; 48 679 72 96   |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 15.09.2020 r.  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 5 *</b>           |  | transport sanitarny**             | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |

|   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| nazwa:  | Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Kozienicach - IZOLATORIUM typ I |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kozienice 26-900, Al. Wł. Sikorskiego 10  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| telefon/ telefony                                 | 48 67 97 192; 691 792 127   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Data dodania do wykazu                            | 24.11.2020 r.   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 17.01.2021 r.   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 2        |                                       | kategoria realizowanych świadczeń |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |  |
|---|---------------------------------------|-----------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|--|--|
| nazwa:  | Wojewódzki Szpital Zespolony w Płocku |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Płock 09-400, ul. Medyczna 19         |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |  |
| telefon/ telefony                                 | 24 364 68 71; 24 364 64 03            |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |  |
| identyfikator REGON                               | 000650070                             |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |                                       | transport sanitarny**             | leczenie | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |  |  |
| nazwa:  | <b>CHOROBY ZAKAŻNE</b>                |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Płock 09-400, ul. Medyczna 19         |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |  |
| telefon/ telefony                                 | 24 364 68 71; 24 364 64 03            |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |  |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2020 r.                         |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 31.05.2020 r.                         |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 *                  |                                       | transport sanitarny**             | leczenie | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |  |  |
| nazwa:  | <b>DERMATOLOGIA I WENEROLOGIA</b>     |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Płock 09-400, ul. Medyczna 19         |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |  |
| telefon/ telefony                                 | 24 364 68 71; 24 364 64 03            |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |  |
| Data dodania do wykazu                            | 16.03.2020 r.                         |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 17.05.2020 r.                         |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 *                  |                                       | transport sanitarny**             | leczenie | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |  |  |
| nazwa:  | Dom Sudenta w Płocku                  |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Płock 09-400, ul. Misjonarska 9       |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |  |
| telefon/ telefony                                 | 24 364 68 71; 24 364 64 03            |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |  |
| Data dodania do wykazu                            | 03.04.2020 r.                         |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 07.04.2020 r.                         |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 *                  |                                       | transport sanitarny**             | leczenie | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |  |  |
| nazwa:  | <b>CHOROBY PŁUC</b>                   |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Płock 09-400, ul. Medyczna 19         |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |  |
| telefon/ telefony                                 | 24 364 68 71; 24 364 64 03            |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |  |
| Data dodania do wykazu                            | 07.04.2020 r.                         |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 01.06.2020 r.                         |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 5 *                  |                                       | transport sanitarny**             | leczenie | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |  |  |
| nazwa:  | DAPOL S.C.G. Berdański D. Berdański   |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Płock 09-407, ul. Otolińska 29B       |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |  |
| telefon/ telefony                                 | 24 364 68 71; 24 364 64 03            |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |  |
| Data dodania do wykazu                            | 07.04.2020 r.                         |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 09.05.2020 r.                         |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |  |

| Miejsce udzielania świadczeń 6 *                  | transport sanitarny**  | leczenie                                 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|--|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:  | MaNaR Sp. Jawna Wiesław Szkopek, Marcin Szkopek                                      |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Maszewo Duże 09-400, ul. Wesoła 14   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 24 364 68 71; 24 364 64 03   |  | X           |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 14.04.2020 r.  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 23.06.2020 r.  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 7 *                  | transport sanitarny**  | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Płock 09-400, ul. Medyczna 19  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 24 364 68 71; 24 364 64 03   |  |             |            |                                     |                                    | X                                   |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 07.04.2020 r.  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 8 *                  | transport sanitarny**  | leczenie                                 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | ALAB laboratoria sp. z o.o., Medyczne Laboratorium Diagnostyczne, Pracownia Genetyki |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 00-739, ul. Stępińska 22/30   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 22 34 96 060   |  |             |            |                                     |                                    | X                                   |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 09.04.2020 r.  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 30.05.2020 r.  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 9 *                  | transport sanitarny**  | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | Szpital II poziomu zabezpieczenia  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Płock 09-400, ul. Medyczna 19  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 24 364 68 71; 24 364 64 03   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              | II                               |
| Data dodania do wykazu                            | 15.09.2020 r.  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 10 *                 | transport sanitarny**  | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | Ośrodek Wypoczynkowo-Kolonijny Zacisze Bis - IZOLATORIUM - typ II                    |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łąck 09-520, Koszelówka  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 531 027 170<br>572 127 771   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 23.10.2020 r.  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 22.12.2020 r.  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 11 *                 | transport sanitarny**  | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | Szpital tymczasowy - zgodnie z Decyzją Ministra Zdrowia                              |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Płock 09-400, ul. Ignacego Łukasiewicza 35   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 24 364 68 71; 24 364 64 03   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              | szpital tymczasowy               |
| Data dodania do wykazu                            | 30.11.2020 r.  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 3        |  | kategoria realizowanych świadczeń  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
|---|--|--|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:  |  | Wojewódzki Szpital Zakaźny w Warszawie   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |  | Warszawa 01-201, ul. Wolska 37   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony:                                |  | 22 33 55 261   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| identyfikator REGON                               |  | 000297945  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>           |  | transport sanitarny**  | leczenie                                 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  |  | <b>CHOROBY ZAKAŻNE</b>   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |  | Warszawa 01-201, ul. Wolska 37   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 |  | 22 33 55 261   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            |  | 09.03.2020 r.  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  | 14.09.2020 r.  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2 *</b>           |  | transport sanitarny**  | leczenie                                 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  |  | <b>PRACOWNIA DIAGNOSTYKI MOLEKULARNEJ</b>                                      |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |  | Warszawa 01-201, ul. Wolska 37   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 |  | 22 33 55 225   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            |  | 04.04.2020 r.  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  | 30.05.2020 r.  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3 *</b>           |  | transport sanitarny**  | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  |  | <b>IZBA PRZYJĘĆ</b>  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |  | Warszawa 01-201, ul. Wolska 37   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 |  | 22 33 55 261   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            |  | 07.04.2020 r.  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4 *</b>           |  | transport sanitarny**  | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  |  | Szpital II poziomu zabezpieczenia  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |  | Warszawa 01-201, ul. Wolska 37   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 |  | 22 33 55 261   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            |  | 15.09.2020 r.  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 5 *</b>           |  | transport sanitarny**  | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  |  | Szkolne Schronisko Młodzieżowe Nr 3 "Syrenka" w Warszawie - IZOLATORIUM typ II |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |  | Warszawa, ul. Karolkowa 53a  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 |  | 22 335 53 30<br>22 335 53 15   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            |  | 19.10.2020 r.  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  | 16.12.2020 r.  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 4 |  | kategoria realizowanych świadczeń  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| nazwa:                                     |  | Mazowiecki Szpital Specjalistyczny im. Dr. Józefa Psarskiego w Ostrołęce |  |  |  |  |  |  |  |  |

|   |  |   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
|---|--|---|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |  | Ostrołęka 07-410, Al. Jana Pawła II 120A  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony:                                |  | 29 765 12 63; 29 765 12 54; 297 65 21 18  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| identyfikator REGON                               |  | 000304616   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>           |  | transport sanitarny**   | leczenie                                 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  |  | <b>CHOROBY ZAKAŻNE</b>  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |  | Ostrołęka 07-410, Al. Jana Pawła II 120A  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 |  | 29 765 12 63; 29 765 12 54; 297 65 21 18  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            |  | 09.03.2020 r.   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  | 31.05.2020 r.   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2 *</b>           |  | transport sanitarny**   | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  |  | <b>SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY</b>  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |  | Ostrołęka 07-410, Al. Jana Pawła II 120A  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 |  | 29 765 12 63; 29 765 12 54; 297 65 21 18  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            |  | 10.04.2020 r.   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3 *</b>           |  | transport sanitarny**   | leczenie                                 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  |  | ALAB laboratoria sp. z o.o., Medyczne Laboratorium Diagnostyczne, Pracownia Genetyki  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |  | Warszawa 00-739, ul. Stępińska 22/30  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 |  |   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            |  | 04.04.2020 r.   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  | 30.05.2020 r.   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4*</b>            |  | transport sanitarny**   | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  |  | <b>PUNKT POBRAŃ</b><br>(do 14.10.2020 r.: codziennie w godz. 10.00-12.00; od 15.10.2020 r. do 22.10.2020 r.: codziennie w godz. 7.30-12.00, od 23.10.2020 r. do 13.01.2021 r.: pn 07.30-12.30, wt 7.30-12.30, śr 14.00-18.00, czw 7.30-12.30, pt 7.30-12.30, sb 10.00-12.00, nd 10.00-12.00<br>od 14.01.2021 r.: pn 8.00-12.00, wt 8.00-12.00, śr 14.00-18.00, czw 8.00-12.00, pt 8.00-12.00, sb 10.00-12.00, nd 10.00-12.00) |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |  | Ostrołęka 07-410, Al. Jana Pawła II 120A  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 |  | do 25.10.2020 r.: 29 765 12 63, 29 765 12 55<br>od 26.10.2020 r. do 02.11.2020 r.: w godzinach pracy punktu 29 765 1241, poza godzinami pracy punktu 29 765 11 79,<br>od 03.11.2020 r.: w godzinach pracy punktu 29 765 29 21, poza godzinami pracy punktu 29 765 11 79,  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            |  | 01.07.2020 r.   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 5 *</b>           |  | transport sanitarny**   | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |  | od 15.09.2020 r.  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |



|   |  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
|---|--|-----------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|--|
| Data wykreślenia z wykazu                         | 20.05.2020 r.  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 6*</b>            |  | transport sanitarny** | leczenie                                 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |  |
| nazwa:  | NEONATOLOGIA   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Siedlce 08 -110, ul. Starowiejska 15                                   |                       | X  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| telefon/ telefony                                 | 25 632 20 61 do 68 wew. 213  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data dodania do wykazu                            | 16.03.2020 r.  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 20.05.2020 r.  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 7*</b>            |  | transport sanitarny** | leczenie                                 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |  |
| nazwa:  | CHOROBY WEWNĘTRZNE   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Siedlce 08 -110, ul. Starowiejska 15                                   |                       | X  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| telefon/ telefony                                 | 25 632 20 61 do 68 wew. 213  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data dodania do wykazu                            | 16.03.2020 r.  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 14.09.2020 r.  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 8*</b>            |  | transport sanitarny** | leczenie                                 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |  |
| nazwa:  | IZBA PRZYJĘĆ   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Siedlce 08 -110, ul. Starowiejska 15                                   |                       | X  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| telefon/ telefony                                 | 25 632 20 61 do 68 wew. 213  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data dodania do wykazu                            | 19.03.2020 r.  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 20.05.2020 r.  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 9*</b>            |  | transport sanitarny** | leczenie                                 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |  |
| nazwa:  | ŚWIADCZENIA PSYCHIATRYCZNE DLA DOROSŁYCH                               |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Siedlce 08 -110, ul. Starowiejska 15                                   |                       | X  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| telefon/ telefony                                 | 25 632 20 61 do 68 wew. 213  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data dodania do wykazu                            | 19.03.2020 r.  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 14.09.2020 r.  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 10*</b>           |  | transport sanitarny** | leczenie                                 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |  |
| nazwa:  | Uniwersytet Przyrodniczo-Humanistyczny w Siedlcach - Dom Studenta Nr 5 |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Siedlce 08-110, ul. Żytnia 17/19                                       |                       |  | X           |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| telefon/ telefony                                 | 25 643 17 01   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data dodania do wykazu                            | 01.04.2020 r.  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 25.06.2020 r.  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 11*</b>           |  | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |  |
| nazwa:  | IZBA PRZYJĘĆ   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Siedlce 08 -110, ul. Starowiejska 15                                   |                       |  |             |            |                                     |                                    | X                                   |              |   |  |
| telefon/ telefony                                 | 25 632 20 61 do 68 wew. 213  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data dodania do wykazu                            | 07.04.2020 r.  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |

| Miejsce udzielania świadczeń 12*   | transport sanitarny**                | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|--|--------------------------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| <p>nazwa:</p> <p><b>PUNKT POBRAŃ</b><br/>                     (do 14.09.2020 r.: codziennie w godz. 9.00-11.00; od 15.09.2020 r. do 22.10.2020 r.: codziennie w godz. 8.30-13.00, od 23.10.2020 r. do 05.11.2020 r.: codziennie w godz 8.30-13.30 od 06.11.2020 r. do 18.12.2020 r.: pn 8.00-18.00, wt 8.00-18.00, śr 8.00-18.00, czw 8.00-18.00, pt 8.00-18.00, sb 8.30-13.30, nd 8.30-13.30<br/>                     od 19.12.2020 r. do 13.02.2021 r: pn 13.00-18.00, wt 13.00-18.00, śr 13.00-18.00, czw 13.00-18.00, pt 13.00-18.00, sb 9.00-11.00, nd 9.00-11.00)<br/>                     zmiana godzin w dniach<br/>                     24.12.2020 8:00-12:00, 31.12.2020 8:00-12:00<br/>                     zamknięcie punktu pobrań w dni świąteczne, tj.<br/>                     25-26.12.2020 r. oraz 01.01.2021 r.<br/>                     od 14.02.2021 r: pn 13.00-18.00, wt 13.00-18.00, śr 13.00-18.00, czw 13.00-18.00, pt 13.00-18.00, sb 9.00-11.00, nd - nieczynny)</p> |                                      |  |             |            |                                     |                                    |                                     | S            |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Siedlce 08 -110, ul. Starowiejska 15 |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony  | 690 130 968                          |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu   | 11.05.2020 r.                        |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu  |                                      |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 13 *  | transport sanitarny**                | leczenie                                 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| <p>nazwa:</p> <p>ALAB laboratoria Sp. z o.o., Medyczne Laboratorium Diagnostyczne, Pracownia Genetyki</p>  |                                      |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Warszawa 00-739, ul. Stepińska 22/30 |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony  |                                      |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu   | 06.05.2020 r.                        |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu  | 30.05.2020 r.                        |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
|  |                                      |  |             |            |                                     | X                                  |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 14 *  | transport sanitarny**                | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| <p>nazwa:</p> <p>Szpital II poziomu zabezpieczenia</p>   |                                      |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Siedlce 08 -110, ul. Starowiejska 15 |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony  | 25 632 20 61 do 68 wew. 213          |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu   | 15.09.2020 r.                        |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu  |                                      |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
|  |                                      | X  |             |            |                                     |                                    |                                     |              | II                               |
| Miejsce udzielania świadczeń 15 *  | transport sanitarny**                | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| <p>nazwa:</p> <p>Szpital III poziomu zabezpieczenia - w zakresie psychiatrii</p>   |                                      |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Siedlce 08 -110, ul. Starowiejska 15 |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony  | 25 632 20 61 do 68 wew. 213          |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu   | 15.09.2020 r.                        |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu  |                                      |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
|  |                                      | X  |             |            |                                     |                                    |                                     |              | III                              |



| Miejsce udzielania świadczeń 16*                  |  | transport sanitarny** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|--|-----------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:  | Janusz Andrzej Kaliniak Dom Handlowy - Hotel - Restauracja Janusz - IZOLATORIUM typ II |                       |          | X<br>typ II |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Siedlce 08-110, ul. Pusta 15   |                       |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 797 043 207  |                       |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 02.11.2020 r.  |                       |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 21.12.2020 r.  |                       |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 6        | od 09.03.2020 r.  | kategoria realizowanych świadczeń |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|---|-----------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| nazwa:  | Wojskowy Instytut Medyczny Centralnego Szpitala Klinicznego Ministerstwa Obrony Narodowej |                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 04-141, ul. Szaserów 128   |                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| telefon/ telefony:                                | 261 817 519   |                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| identyfikator REGON                               | 015294487   |                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |                                   | transport sanitarny** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|-----------------------------------|-----------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:  | CHOROBY ZAKAŻNE                   |                       | X        |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 04-141, ul. Szaserów 128 |                       |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 261 817 519                       |                       |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2020 r.                     |                       |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 14.09.2020 r.                     |                       |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

| Miejsce udzielania świadczeń 2 *                  |                                   | transport sanitarny** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|-----------------------------------|-----------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:  | DERMATOLOGIA I WENEROLOGIA        |                       | X        |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 04-141, ul. Szaserów 128 |                       |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 261 817 519                       |                       |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 13.03.2020 r.                     |                       |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 31.05.2020 r.                     |                       |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

| Miejsce udzielania świadczeń 3 *                  |   | transport sanitarny** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|---|-----------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:  | Premium Rooms Sp. z o.o. "Warsaw River View"    |                       |          | X           |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 00-347, ul. Wyrzeże Kościuszkowskie 43 |                       |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 261 817 206                                     |                       |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 03.04.2020 r.                                   |                       |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 30.06.2020 r.                                   |                       |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

| Miejsce udzielania świadczeń 4 *                  |                                   | transport sanitarny** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|-----------------------------------|-----------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:  | Zakład Transfuzjologii Klinicznej |                       |          |             |            |                                     | X                                  |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 04-141, ul. Szaserów 128 |                       |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 261 817 206                       |                       |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 04.04.2020 r.                     |                       |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 30.05.2020 r.                     |                       |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

| Miejsce udzielania świadczeń 5 * |                             | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|----------------------------------|-----------------------------|-----------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:                           | SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

|   |   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
|---|---|-----------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 04-141, ul. Szaserów 128                                 |                       |  |             |            |                                     |                                    | X                                   |              |   |
| telefon/ telefony                                 | 261 817 519   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| Data dodania do wykazu                            | 07.04.2020 r.   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 6 *</b>           |   | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:  | Szpital II poziomu zabezpieczenia                                 |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 04-141, ul. Szaserów 128                                 |                       | X  |             |            |                                     |                                    |                                     |              | II                                      |
| telefon/ telefony                                 | 261 817 519   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| Data dodania do wykazu                            | 15.09.2020 r.   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 7 *</b>           |   | transport sanitarny** | leczenie                                 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:  | Premium Rooms Sp. z o.o. "Warsaw River View" - IZOLATORIUM typ II |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 00-347, ul. Wyrżeże Kościuszkowskie 43                   |                       |  | X<br>typ II |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| telefon/ telefony                                 | 261 818 814   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| Data dodania do wykazu                            | 02.11.2020 r.   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 31.12.2020 r.   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 8 *</b>           |   | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:  | Szpital tymczasowy - zgodnie z Decyzją Ministra Zdrowia           |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 04-141, ul. Szaserów 128                                 |                       | X  |             |            |                                     |                                    |                                     |              | szpital tymczasowy                      |
| telefon/ telefony                                 | 261 817 519   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| Data dodania do wykazu                            | 01.03.2021 r.   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |

|   |   |  |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
|---|---|--|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 7</b> | od 09.03.2020 r.  | <b>kategoria realizowanych świadczeń</b> |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| nazwa:  | Uniwersyteckie Centrum Kliniczne Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego - Dziecięcy Szpital Kliniczny im. Józefa Polikarpa Brudzińskiego w Warszawie |  |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-097, ul. Banacha 1a   |  |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| telefon/ telefony:                                | 22 317 92 31  |  |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| identyfikator REGON                               | 000288975   |  |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>           |   | transport sanitarny**                    | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:  | <b>CHOROBY ZAKAŻNE</b>  |  |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-091, ul. Żwirki i Wigury 63 A   |  | X        |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| telefon/ telefony                                 | 22 317 92 31  |  |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2020 r.   |  |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 14.09.2020 r.   |  |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2 *</b>           |   | transport sanitarny**                    | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:  | <b>ANESTEZJOLOGIA I INTENSYWNA TERAPIA DLA DZIECI</b>   |  |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-091, ul. Żwirki i Wigury 63 A   |  | X        |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| telefon/ telefony                                 | 22 317 92 31  |  |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |

|   |   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
|---|---|-----------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|--|
| Data dodania do wykazu                            | 13.03.2020 r.   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 14.09.2020 r.   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3 *</b>           |   | transport sanitarny** | leczenie                                 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |  |
| nazwa:  | <b>ŚWIADCZENIA PSYCHIATRYCZNE DLA DZIECI I MŁODZIEŻY</b>  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-091, ul. Żwirki i Wigury 63 A   |                       | X  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| telefon/ telefony                                 | 22 317 92 31  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data dodania do wykazu                            | 24.03.2020 r.   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 04.06.2020 r.   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4 *</b>           |   | transport sanitarny** | leczenie                                 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |  |
| nazwa:  | Warsaw Genomics Sp. z o.o., Laboratorium Analiz Genetycznych, Warszawa 01-682, ul. Kiwerska 33A |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-093, ul. L. Pasteura 5A/<br>Warszawa 02-089, ul. Żwirki i Wigury 101                |                       |  |             |            |                                     | X                                  |                                     |              |   |  |
| telefon/ telefony                                 | 22 65 80 259; 22 65 80 180  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data dodania do wykazu                            | 04.04.2020 r.   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 30.05.2020 r.   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 5 *</b>           |   | transport sanitarny** | leczenie                                 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |  |
| nazwa:  | "Hotel Łazienkowski"  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 00-465, ul. 29 listopada 3B  |                       |  | X           |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| telefon/ telefony                                 | 22 65 80 259; 22 65 80 180  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data dodania do wykazu                            | 07.04.2020 r.   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 14.05.2020 r.   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 6 *</b>           |   | transport sanitarny** | leczenie                                 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |  |
| nazwa:  | Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej i Immunologii Klinicznej Wieku Rozwojowego                    |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-091, ul. Żwirki i Wigury 63 A   |                       |  |             |            |                                     | X                                  |                                     |              |   |  |
| telefon/ telefony                                 | 509 137 312   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data dodania do wykazu                            | 15.04.2020 r.   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 30.05.2020 r.   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 7 *</b>           |   | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |  |
| nazwa:  | Szpital II poziomu zabezpieczenia   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-091, ul. Żwirki i Wigury 63 A   |                       | X  |             |            |                                     |                                    |                                     |              | II                                      |  |
| telefon/ telefony                                 | 22 317 92 31  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data dodania do wykazu                            | 15.09.2020 r.   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 8 *</b>           |   | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |  |
| nazwa:  | <b>SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY</b>  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |

| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |  | Warszawa 02-091, ul. Żwirki i Wigury 63 A |  |             |                                 |                                     |                                    |                                     | X            |                                  |  |
|---|--|---|--|-------------|---------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|--|
| telefon/ telefony                                 |  | 22 317 92 31                              |  |             |                                 |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |
| Data dodania do wykazu                            |  | 07.04.2020 r.                             |  |             |                                 |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |   |  |             |                                 |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 9 *                  |  | transport sanitarny**                     | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada                      | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |  |
| nazwa:  |  |   |  |             |                                 |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |  | Warszawa 02-091, ul. Żwirki i Wigury 63 A |  |             |                                 |                                     |                                    |                                     |              | III                              |  |
| telefon/ telefony                                 |  | 22 317 92 31                              |  |             |                                 |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |
| Data dodania do wykazu                            |  | 15.10.2020 r.                             |  |             |                                 |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |   |  |             |                                 |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 10 *                 |  | transport sanitarny**                     | leczenie                                 | izolatorium | teleporada                      | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |  |
| nazwa:  |  |   |  |             |                                 |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |  | Warszawa 02-971, ul. Przekorna 33         |  |             | X<br>typ II od<br>29.10.2020 r. |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |
| telefon/ telefony                                 |  | 604 434 115                               |  |             |                                 |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |
| Data dodania do wykazu                            |  | 28.10.2020 r.                             |  |             |                                 |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  | 24.12.2020 r.                             |  |             |                                 |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 11 *                 |  | transport sanitarny**                     | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada                      | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |  |
| nazwa:  |  |   |  |             |                                 |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |  | Warszawa 02-091, ul. Żwirki i Wigury 63 A |  |             |                                 |                                     |                                    |                                     |              | III                              |  |
| telefon/ telefony                                 |  | 22 317 92 31                              |  |             |                                 |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |
| Data dodania do wykazu                            |  | 09.11.2020 r.                             |  |             |                                 |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |   |  |             |                                 |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 8        |  | kategoria realizowanych świadczeń                 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |
|---|--|---|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|--|
| nazwa:  |  | Specjalistyczny Szpital Wojewódzki w Ciechanowie  |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |  | Ciechanów 06-400, ul. Powstańców Wielkopolskich 2 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |
| telefon/ telefony:                                |  | 23 673 02 77                                      |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |
| identyfikator REGON                               |  | 000311622   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |  | transport sanitarny**                             | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |  |
| nazwa:  |  |   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |  | Ciechanów 06-400, ul. Powstańców Wielkopolskich 2 |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |
| telefon/ telefony                                 |  | 23 673 02 77                                      |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |
| Data dodania do wykazu                            |  | 09.03.2020 r.                                     |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  | 31.05.2020 r.                                     |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 *                  |  | transport sanitarny**                             | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |  |
| nazwa:  |  |   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |  | Ciechanów 06-400, ul. 17 stycznia 60A             |          |             |            | X                                   |                                    |                                     |              |                                  |  |
| telefon/ telefony                                 |  | 23 673 02 77                                      |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |
| Data dodania do wykazu                            |  | 08.04.2020 r.                                     |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |

|   |  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |    |
|---|--|-----------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|--|----|
| Data wykreślenia z wykazu                         | 31.05.2020 r.  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3 *</b>           |  | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |  |    |
| nazwa:  | <b>SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY</b>   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ciechanów 06-400, ul. Powstańców Wielkopolskich 2                                |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |    |
| telefon/ telefony                                 | 23 673 02 77   |                       |  |             |            |                                     |                                    | X                                   |              |   |  |    |
| Data dodania do wykazu                            | 07.04.2020 r.  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4 *</b>           |  | transport sanitarny** | leczenie                                 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |  |    |
| nazwa:  | Narodowy Instytut Leków  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 00-725, ul. Chełmska 30/34  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |    |
| telefon/ telefony                                 |  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |    |
| Data dodania do wykazu                            | 10.04.2020 r.  |                       |  |             |            |                                     |                                    | X                                   |              |   |  |    |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 30.05.2020 r.  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 5 *</b>           |  | transport sanitarny** | leczenie                                 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |  |    |
| nazwa:  | Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny                 |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 00-791, ul. Chocimska 24  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |    |
| telefon/ telefony                                 |  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |    |
| Data dodania do wykazu                            | 14.04.2020 r.  |                       |  |             |            |                                     |                                    | X                                   |              |   |  |    |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 30.05.2020 r.  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 6 *</b>           |  | transport sanitarny** | leczenie                                 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |  |    |
| nazwa:  | Dom Studenta Państwowej Uczelni Zawodowej im. Ignacego Mościckiego w Ciechanowie |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ciechanów 06-400, ul. Narutowicza 4a   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |    |
| telefon/ telefony                                 | 23 672 42 51   |                       |  | X           |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |    |
| Data dodania do wykazu                            | 20.08.2020   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |    |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 26.08.2020   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 7 *</b>           |  | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |  |    |
| nazwa:  | Szpital II poziomu zabezpieczenia  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ciechanów 06-400, ul. Powstańców Wielkopolskich 2                                |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |    |
| telefon/ telefony                                 | 23 673 02 77   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |    |
| Data dodania do wykazu                            | 15.09.2020 r.  |                       | X  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  | II |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 8 *</b>           |  | transport sanitarny** | leczenie                                 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |  |    |
| nazwa:  | Centrum Rehabilitacji - IZOLATORIUM typ I  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ciechanów 06-400, ul. Okrzei 8   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |    |
| telefon/ telefony                                 | 23 672 47 20   |                       |  | X           |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |    |
| Data dodania do wykazu                            | 20.11.2020 r.  |                       |  | typ I       |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |    |

|   |  |  |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
|---|--|--|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|--|
| Data wykreślenia z wykazu                         | 17.01.2021 r.  |  |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 9</b> | od 09.03.2020 r.   | <b>kategoria realizowanych świadczeń</b> |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| nazwa:  | Radomski Szpital Specjalistyczny im. Tytusa Chałubińskiego |  |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Radom 26-610, ul. Lekarska                                 |  |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| telefon/ telefony:                                | 48 361 52 20   |  |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| identyfikator REGON                               | 000315086  |  |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>           |  | transport sanitarny**                    | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |  |
| nazwa:  | <b>CHOROBY ZAKAŻNE</b>                                     |  |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Radom 26-610, ul. Tochtermana 1                            |  | X        |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| telefon/ telefony                                 | 48 361 52 20   |  |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2020 r.  |  |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 14.09.2020 r.  |  |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2 *</b>           |  | transport sanitarny**                    | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |  |
| nazwa:  | <b>PEDIATRIA</b>   |  |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Radom 26-610, ul. Tochtermana 1                            |  | X        |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| telefon/ telefony                                 | 48 361 52 20   |  |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data dodania do wykazu                            | 16.03.2020 r.  |  |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 14.09.2020 r.  |  |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3 *</b>           |  | transport sanitarny**                    | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |  |
| nazwa:  | <b>POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA</b>                           |  |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Radom 26-610, ul. Tochtermana 1                            |  | X        |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| telefon/ telefony                                 | 48 361 52 20   |  |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data dodania do wykazu                            | 16.03.2020 r.  |  |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 14.09.2020 r.  |  |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4 *</b>           |  | transport sanitarny**                    | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |  |
| nazwa:  | <b>CHOROBY WEWNĘTRZNE</b>                                  |  |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Radom 26-610, ul. Tochtermana 1                            |  | X        |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| telefon/ telefony                                 | 48 361 52 20   |  |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data dodania do wykazu                            | 16.03.2020 r.  |  |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 14.09.2020 r.  |  |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 5 *</b>           |  | transport sanitarny**                    | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |  |
| nazwa:  | <b>ANESTEZJOLOGIA I INTENSYWNA TERAPIA</b>                 |  |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Radom 26-610, ul. Tochtermana 1                            |  | X        |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| telefon/ telefony                                 | 48 361 52 20   |  |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data dodania do wykazu                            | 16.03.2020 r.  |  |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 14.09.2020 r.  |  |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |  | transport sanitarny**             | leczenie                                 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|--|-----------------------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:  | Radomski Szpital Specjalistyczny im. Dr Tytusa Chałubińskiego w Radomiu - Szpital Zakaźny jednoimienny (pismo z dnia 3.04.2020 r. znak: WZ-II.967.240.2020 Wojewody Mazowieckiego) |                                   | X  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Radom 26-610, ul. Tochtermana 1  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 48 361 52 20   |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 03.04.2020 r.  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 14.09.2020 r.  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 6 *                  |  | transport sanitarny**             | leczenie                                 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | Hotel Iskra  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Radom 26-600, ul. Planty 4   |                                   |  | X           |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 48 361 52 20   |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 14.04.2020 r.  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 31.07.2020 r.  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 7 *                  |  | transport sanitarny**             | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Radom 26-610, ul. Tochtermana 1  |                                   |  |             |            |                                     |                                    | X                                   |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 48 361 52 20   |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 07.04.2020 r.  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 8 *                  |  | transport sanitarny**             | leczenie                                 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | ALAB laboratoria Sp. z o.o., Medyczne Laboratorium Diagnostyczne, Pracownia Genetyki   |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 00-739, ul. Stępińska 22/30   |                                   |  |             |            |                                     | X                                  |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 22 349 60 60   |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 17.04.2020 r.  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 30.05.2020 r.  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 9 *                  |  | transport sanitarny**             | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | Szpital II poziomu zabezpieczenia  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Radom 26-610, ul. Tochtermana 1  |                                   | X  |             |            |                                     |                                    |                                     |              | II                               |
| telefon/ telefony                                 | 48 361 52 20   |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 15.09.2020 r.  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 10       | od 09.03.2020 r.   | kategoria realizowanych świadczeń |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| nazwa:  | Centralny Szpital Kliniczny Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Warszawie  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-507, ul. Wołoska 137   |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony:                                | 22 508 18 50   |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| identyfikator REGON                               | 006472651  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |  | transport sanitarny** | leczenie                                 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|--|-----------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:  | <b>CHOROBY ZAKAŻNE</b>   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-507, ul. Wołoska 137   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 22 508 18 50   |                       | X  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2020 r.  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 14.09.2020 r.  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |  | transport sanitarny** | leczenie                                 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | Centralny Szpital Kliniczny Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Warszawie - Szpital Zakaźny jednoimienny (Decyzja Nr 1/2020 Wojewody Mazowieckiego z dnia 12.03.2020 r.) |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-507, ul. Wołoska 137   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 22 508 18 50   |                       | X  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 16.03.2020 r.  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 14.09.2020 r.  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 *                  |  | transport sanitarny** | leczenie                                 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | Hotel Roko   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-001, ul. Mikołajska 2  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 22 508 18 50   |                       |  | X           |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 10.04.2020 r.  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 15.05.2020 r.  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 *                  |  | transport sanitarny** | leczenie                                 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-507, ul. Wołoska 137   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 22 508 13 50, 22 508 13 52   |                       |  |             |            |                                     | X                                  |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 15.04.2020 r.  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 30.05.2020 r.  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 *                  |  | transport sanitarny** | leczenie                                 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | Hotel Belwederski  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 00-594, ul. Belwederska 44c   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 22 508 18 50   |                       |  | X           |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 24.04.2020 r.  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 31.07.2020 r.  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 5 *                  |  | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | <b>SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY</b>   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-507, ul. Wołoska 137   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 22 508 15 10   |                       |  |             |            |                                     |                                    | X                                   |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 07.04.2020 r.  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |



| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
|---|--|-----------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|--|
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 6 *</b>           |  | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |  |
| nazwa:  | Szpital III poziomu zabezpieczenia - zakresy zgodnie z Decyzją Wojewody            |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-507, ul. Wołoska 137   |                       | X  |             |            |                                     |                                    |                                     |              | III                                     |  |
| telefon/ telefony                                 | 22 508 18 50   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data dodania do wykazu                            | 15.09.2020 r.  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 08.10.2020 r.  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 7 *</b>           |  | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |  |
| nazwa:  | Szpital II poziomu zabezpieczenia  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-507, ul. Wołoska 137   |                       | X  |             |            |                                     |                                    |                                     |              | II                                      |  |
| telefon/ telefony                                 | 22 508 18 50   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data dodania do wykazu                            | 17.09.2020 r.  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 08.10.2020 r.  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 8 *</b>           |  | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |  |
| nazwa:  | Szpital IV poziomu zabezpieczenia - zakresy zgodnie z Decyzją Wojewody             |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-507, ul. Wołoska 137   |                       | X  |             |            |                                     |                                    |                                     |              | IV                                      |  |
| telefon/ telefony                                 | 22 508 18 50   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data dodania do wykazu                            | 09.10.2020 r.  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 9 *</b>           |  | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |  |
| nazwa:  | Szpital tymczasowy - zakresy zgodnie z Decyzją Wojewody                            |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA AL. KSIĘCIA J. PONIATOWSKIEGO 1 (tymczasowe miejsce udzielania świadczeń) |                       | X  |             |            |                                     |                                    |                                     |              | szpital tymczasowy                      |  |
| telefon/ telefony                                 | 22 508 18 50   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data dodania do wykazu                            | 26.10.2020 r.  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 10 *</b>          |  | transport sanitarny** | leczenie                                 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |  |
| nazwa:  | Hotel Belwederski - IZOLATORIUM typ II   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 00-594, ul. Belwederska 44c   |                       |  | X typ II    |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| telefon/ telefony                                 | 47 725 64 26   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data dodania do wykazu                            | 02.11.2020 r.  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 31.12.2020 r.  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |

| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 11</b> | od 09.03.2020 r.   | <b>kategoria realizowanych świadczeń</b> |
|--|--|--|
| nazwa:   | "LUXURY MEDICAL CARE" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ - SPÓŁKA KOMANDYTOWA |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WARSZAWA 00-195, SŁOMIŃSKIEGO 17/47  |  |

|  |   |   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
|--|---|---|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|--|
| telefon/ telefony:                                 | GŁÓWNY DYSPOZYTOR PRM W WARSZAWIE<br>do 15.11.2020 r.: 22 525 12 09,<br>od 16.11.2020 r. : 22 852 12 22<br>od 29.12.2020 r. Główny Dyspozytor PRM - zgłoszenia z terenu rejonu RO 14/01 Warszawa – tel. 22 852 12 22 (od 01.01.2021 r. tel. 22 525 13 33) |   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| identyfikator REGON                                | 015857134   |   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>            |   | transport sanitarny**   | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |  |
| nazwa:   | ZESPÓŁ TRANSPORTU SANITARNEGO   |   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WARSZAWA 00-716, BARTYCKA 175   |   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| telefon/ telefony                                  | GŁÓWNY DYSPOZYTOR PRM W WARSZAWIE<br>do 15.11.2020 r.: 22 525 12 09,<br>od 16.11.2020 r. : 22 852 12 22<br>od 29.12.2020 r. Główny Dyspozytor PRM - zgłoszenia z terenu rejonu RO 14/01 Warszawa – tel. 22 852 12 22 (od 01.01.2021 r. tel. 22 525 13 33) | 2 do 24.05.2020 r.<br>1 od 25.05.2020 r. do 01.11.2020 r.<br>3 od 02.11.2020 r. |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data dodania do wykazu                             | 09.03.2020 r.   |   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2 *</b>            |   | transport sanitarny**   | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |  |
| nazwa:   | ZESPÓŁ TRANSPORTU SANITARNEGO   |   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Warszawa 01-201, ul. Wolska 37  |   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| telefon/ telefony                                  | GŁÓWNY DYSPOZYTOR PRM W WARSZAWIE<br>do 15.11.2020 r.: 22 525 12 09,<br>od 16.11.2020 r. : 22 852 12 22<br>od 29.12.2020 r. Główny Dyspozytor PRM - zgłoszenia z terenu rejonu RO 14/01 Warszawa – tel. 22 852 12 22 (od 01.01.2021 r. tel. 22 525 13 33) | 2   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data dodania do wykazu                             | 07.04.2020 r.   |   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 12</b> | od 09.03.2020 r.  | <b>kategoria realizowanych świadczeń</b>  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| nazwa:   | WOJEWÓDZKA STACJA POGOTOWIA RATUNKOWEGO I TRANSPORTU SANITARNEGO "MEDITRANS" SP ZOZ W WARSZAWIE   |   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WARSZAWA 00-685, POZNAŃSKA 22   |   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| telefon/ telefony:                                 | GŁÓWNY DYSPOZYTOR PRM W WARSZAWIE<br>do 15.11.2020 r.: 22 525 12 09,<br>od 16.11.2020 r. : 22 852 12 22<br>od 29.12.2020 r. Główny Dyspozytor PRM - zgłoszenia z terenu rejonu RO 14/01 Warszawa – tel. 22 852 12 22 (od 01.01.2021 r. tel. 22 525 13 33) |   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| identyfikator REGON                                | 000294674   |   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>            |   | transport sanitarny**   | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |  |
| nazwa:   | ZESPÓŁ TRANSPORTU SANITARNEGO   |   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WARSZAWA 02-625, WORONICZA 19   |   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |

|   |  |   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
|---|--|---|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|--|
| telefon/ telefony                                 | GŁÓWNY DYSPOZYTOR PRM W WARSZAWIE<br>do 15.11.2020 r.: 22 525 12 09,<br>od 16.11.2020 r. : 22 852 12 22<br>od 29.12.2020 r. Główny Dyspozytor PRM - zgłoszenia z terenu rejonu RO 14/01 Warszawa – tel. 22 852 12 22 (od 01.01.2021 r. tel. 22 525 13 33)  | 3 do 24.05.2020 r.<br>2 od 25.05.2020 r. do 14.10.2020 r.<br>4 od 15.10.2020 r. |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2020 r.  |   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2 *</b>           |  | transport sanitarny**   | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |  |
| nazwa:  | <b>MOBILNY ZESPÓŁ WYMAZOWY - zespoły 24 godzinne</b><br>(od 16.10.2020 r. do 18.10.2020 r. - 10 zespołów,<br>od 19.10.2020 r. do 29.10.2020 r. - 15 zespołów,<br>od 30.10.2020 r. do 17.12.2020 r. - 20 zespołów,<br>od 18.12.2020 r. do 31.01.2021 r. - 16 zespołów<br><b>MOBILNY ZESPÓŁ WYMAZOWY - zespoły 12 godzinne</b><br>od 01.02.2021 r. - 16 zespołów |   |  |             |            |                                     |                                    |                                     | M            |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-625, WORONICZA 19  |   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| telefon/ telefony                                 |  |   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data dodania do wykazu                            | 16.10.2020 r.  |   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3 *</b>           |  | transport sanitarny**   | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |  |
| nazwa:  | <b>PUNKT POBRAŃ</b><br>(do 15.01.2021 r.: pn 7.00-13.00, wt 7.00-13.00, śr 12.00-18.00, czw 10.00-16.00, pt 7.00-13.00, sb 10.00-16.00, nd 10.00-16.00<br>od 16.01.2021 r.:pn 8.00-12.00, wt 8.00-12.00, śr 12.00-16.00, czw 9.00-13.00, pt 8.00-12.00, sb 9.00-11.00, nd 9.00-11.00)  |   |  |             |            |                                     |                                    |                                     | S            |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-625, WORONICZA 19  |   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| telefon/ telefony                                 | 519-197-696  |   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data dodania do wykazu                            | 27.10.2020 r.  |   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4 *</b>           |  | transport sanitarny**   | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |  |
| nazwa:  | <b>MOBILNY ZESPÓŁ WYMAZOWY - zespoły 12 godzinne</b><br>(7 zespołów)   |   |  |             |            |                                     |                                    |                                     | M            |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-625, WORONICZA 19  |   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| telefon/ telefony                                 |  |   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data dodania do wykazu                            | 11.01.2021 r.  |   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 15.01.2021 r.  |   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 5 *</b>           |  | transport sanitarny**   | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |  |
| nazwa:  | <b>MOBILNY ZESPÓŁ WYMAZOWY - zespoły 12 godzinne</b><br>(3 zespoły)  |   |  |             |            |                                     |                                    |                                     | M            |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-625, WORONICZA 19  |   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| telefon/ telefony                                 |  |   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data dodania do wykazu                            | 07.02.2021 r.  |   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 11.02.2021 r.  |   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 13       |   | kategoria realizowanych świadczeń |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
|---|---|-----------------------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:  | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ WOJEWÓDZKA STACJA POGOTOWIA RATUNKOWEGO I TRANSPORTU SANITARNEGO W PŁOCKU                              |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PŁOCK 09-400, UL. NARODOWYCH SIŁ ZBROJNYCH 5  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony:                                | 24 366 44 01 GŁÓWNY DYSPOZYTOR PRM W PŁOCKU<br>od 29.12.2020 r. Główny Dyspozytor PRM - zgłoszenia z terenu rejonu RO 14/02 Płock – tel. 48 375 14 22 |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| identyfikator REGON                               | 610317845   |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |   | transport sanitarny**             | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | ZESPÓŁ TRANSPORTU SANITARNEGO   | 1                                 |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PŁOCK 09-402, UL. STRZELECKA 3  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 24 366 44 01 GŁÓWNY DYSPOZYTOR PRM W PŁOCKU<br>od 29.12.2020 r. Główny Dyspozytor PRM - zgłoszenia z terenu rejonu RO 14/02 Płock – tel. 48 375 14 22 |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2020 r.   |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 *                  |   | transport sanitarny**             | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | ZESPÓŁ TRANSPORTU SANITARNEGO   | 1                                 |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PŁOCK 09-410, UL. Armii Krajowej 62   |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 24 366 44 01 GŁÓWNY DYSPOZYTOR PRM W PŁOCKU<br>od 29.12.2020 r. Główny Dyspozytor PRM - zgłoszenia z terenu rejonu RO 14/02 Płock – tel. 48 375 14 22 |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 01.11.2020  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 14       |   | kategoria realizowanych świadczeń |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| nazwa:  | ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ "SZPITALA POWIATOWEGO" W SOCHACZEWIE   |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SOCHACZEW 96-500, BATALIONÓW CHŁOPSKICH 3/7   |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony:                                | 46 864 96 00  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| identyfikator REGON                               | 017222233   |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |   | transport sanitarny**             | leczenie                                 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | ZESPÓŁ TRANSPORTU SANITARNEGO   | 1                                 |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SOCHACZEW 96-500, BATALIONÓW CHŁOPSKICH 3/7   |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 24 366 44 01 GŁÓWNY DYSPOZYTOR PRM W PŁOCKU   |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2020 r.   |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 24.05.2020 r.   |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 *                  |   | transport sanitarny**             | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY   |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     | x            |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Sochaczew 96-500, ul Batalionów Chłopskich 3/7  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 46 864 96 00  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

|   |   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
|---|---|-----------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|--|
| Data dodania do wykazu                            | 07.04.2020 r.   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3 *</b>           |   | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |  |
| nazwa:  | <b>PUNKT POBRAŃ</b><br>(do 08.09.2020 r.: codziennie w godz. 6.30-8.30;<br>od 09.09.2020 r. do 19.10.2020 r.: codziennie w godz. 6.00-10.15,<br><b>od 20.10.2020 r.:</b> pn 7.00-14.00, wt 11.00-18.00, śr 7.00-14.00,<br>czw 7.00-14.00, pt 11.00-18.00, sb 7.00-10.00, nd 7.00-10.00) |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     | S            |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Sochaczew 96-500, ul Batalionów Chłopskich 3/7  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| telefon/ telefony                                 | 46 864 95 52  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data dodania do wykazu                            | 28.05.2020 r.   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4 *</b>           |   | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |  |
| nazwa:  | Szpital I poziomu zabezpieczenia  |                       | X  |             |            |                                     |                                    |                                     |              | I                                       |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Sochaczew 96-500, ul Batalionów Chłopskich 3/7  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| telefon/ telefony                                 | 46 864 96 00  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data dodania do wykazu                            | 15.09.2020 r.   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 04.10.2020 r.   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 5 *</b>           |   | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |  |
| nazwa:  | Szpital II poziomu zabezpieczenia   |                       | X  |             |            |                                     |                                    |                                     |              | II                                      |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Sochaczew 96-500, ul Batalionów Chłopskich 3/7  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| telefon/ telefony                                 | 46 864 96 00  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data dodania do wykazu                            | 05.10.2020 r.   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 6 *</b>           |   | transport sanitarny** | leczenie                                 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |  |
| nazwa:  | <b>ZESPÓŁ TRANSPORTU SANITARNEGO</b>  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SOCHACZEW 96-500, BATALIONÓW CHŁOPSKICH 3/7   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| telefon/ telefony                                 | 24 366 44 01 GŁÓWNY DYSPOZYTOR PRM W PŁOCKU<br><b>od 29.12.2020 r. Główny Dyspozytor PRM - zgłoszenia z terenu rejonu RO 14/02 Płock – tel. 48 375 14 22</b>  | 1                     |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data dodania do wykazu                            | 04.11.2020 r.   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 15</b> | od 09.03.2020 r.   | <b>kategoria realizowanych świadczeń</b> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| nazwa:   | RADOMSKA STACJA POGOTOWIA RATUNKOWEGO  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | RADOM 26-600, UL. TOCHTERMANA 1  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| telefon/ telefony:                                 | 48 361 93 51 GŁÓWNY DYSPOZYTOR PRM W RADOMIU do 03.12.2020 r.<br>664 786 165 GŁÓWNY DYSPOZYTOR PRM W RADOMIU od 04.12.2020 r.<br><b>od 01.01.2021 r. Główny Dyspozytor PRM - zgłoszenia z terenu rejonu RO 14/03 Radom – tel. 48 375 14 02</b> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| identyfikator REGON                                | 670206286  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |   | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|---|-----------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:  | ZESPÓŁ TRANSPORTU SANITARNEGO   | 1                     |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RADOM 26-600, UL. TOCHTERMANA 1   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 48 361 93 51 GŁÓWNY DYSPOZYTOR PRM W RADOMIU do 03.12.2020 r.<br>664 786 165 GŁÓWNY DYSPOZYTOR PRM W RADOMIU od 04.12.2020 r.<br>od 01.01.2021 r. Główny Dyspozytor PRM - zgłoszenia z terenu rejonu RO 14/03 Radom – tel. 48 375 14 02 |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2020 r.   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 16       | od 09.03.2020 r.                                       | kategoria realizowanych świadczeń |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
|---|--|-----------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:  | NZOZ IZI-MED S.C. IZABELLA KWIECIŃSKA PAWEŁ GRABARCZYK |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIĄŁOBRZEGI 26-800, SPACEROWA 29                       |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony:                                | 48 361 93 51 GŁÓWNY DYSPOZYTOR PRM W RADOMIU           |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| identyfikator REGON                               | 141631576  |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |  | transport sanitarny**             | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | ZESPÓŁ TRANSPORTU SANITARNEGO                          | 1 do 24.05.2020 r.                |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | BIĄŁOBRZEGI 26-800, SPACEROWA 29                       |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 48 361 93 51 GŁÓWNY DYSPOZYTOR PRM W RADOMIU           |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2020 r.  |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 24.05.2020 r.  |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 17       | od 09.03.2020 r.   | kategoria realizowanych świadczeń   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
|---|--|---|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:  | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "RM-MEDITRANS" STACJA POGOTOWIA RATUNKOWEGO I TRANSPORTU SANITARNEGO W SIEDLCACH  |   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SIEDLCE 08-110, B-PA I ŚWIRSKIEGO 38   |   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony:                                | GŁÓWNY DYSPOZYTOR PRM W SIEDLCACH do 17.11.2020 r.: 508 622 044<br>od 18.11.2020 r. : 507 703 430<br>od 01.01.2021 r. Główny Dyspozytor PRM - zgłoszenia z terenu rejonu RO 14/04 Siedlce – tel. 507 703 430 |   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| identyfikator REGON                               | 000297550  |   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |  | transport sanitarny**   | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | ZESPÓŁ TRANSPORTU SANITARNEGO  | 2 do 24.05.2020 r.<br>1 od 25.05.2020 r. do 12.10.2020 r.<br>2 od 13.10.2020 r. |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SIEDLCE 08-110, B-PA I ŚWIRSKIEGO 38   |   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | GŁÓWNY DYSPOZYTOR PRM W SIEDLCACH do 17.11.2020 r.: 508 622 044<br>od 18.11.2020 r. : 507 703 430<br>od 01.01.2021 r. Główny Dyspozytor PRM - zgłoszenia z terenu rejonu RO 14/04 Siedlce – tel. 507 703 430 |   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2020 r.  |   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 18 | od 09.03.2020 r. | kategoria realizowanych świadczeń |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|------------------|-----------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
|   |                  |                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
|--|---|--|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|
| nazwa:   | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "MEDITRANS OSTROŁĘKA" STACJA POGOTOWIA RATUNKOWEGO I TRANSPORTU SANITARNEGO W OSTROŁĘCE  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | OSTROŁĘKA 07-410, KOŚCIUSZKI 49   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| telefon/ telefony:                                 | 29 764 35 44 GŁÓWNY DYSPOZYTOR PRM W OSTROŁĘCE; 792 908 808<br>od 29.12.2020 r. Główny Dyspozytor PRM - zgłoszenia z terenu rejonu RO 14/05 Ostrołęka – tel. 25 797 17 22.  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| identyfikator REGON                                | 000297610   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>            |   | transport sanitarny**                    | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:   | ZESPÓŁ TRANSPORTU SANITARNEGO   | 1  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | OSTROŁĘKA 07-410, ROLNA 28  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| telefon/ telefony                                  | 29 764 35 44 GŁÓWNY DYSPOZYTOR PRM W OSTROŁĘCE; 792 908 808<br>od 29.12.2020 r. Główny Dyspozytor PRM - zgłoszenia z terenu rejonu RO 14/05 Ostrołęka – tel. 25 797 17 22.  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| Data dodania do wykazu                             | 09.03.2020 r.   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2 *</b>            |   | transport sanitarny**                    | leczenie                                 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:   | ZESPÓŁ TRANSPORTU SANITARNEGO   | 1 do 24.05.2020 r.                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WYSZKÓW 07-200, PUŁTUSKA 23   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| telefon/ telefony                                  | 29 764 35 44 GŁÓWNY DYSPOZYTOR PRM W OSTROŁĘCE  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| Data dodania do wykazu                             | 09.03.2020 r.   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| Data wykreślenia z wykazu                          | 24.05.2020 r.   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 19</b> | od 18.03.2020 r.  | <b>kategoria realizowanych świadczeń</b> |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| nazwa:   | SAMODZIELNY PUBLICZNY SZPITAL KLINICZNY IM. PROF. ADAMA GRUCY CENTRUM MEDYCZNEGOKSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | OTWOCK 05-400, KONARSKIEGO 13   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| telefon/ telefony:                                 | 22 779 40 31 wew 286  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| identyfikator REGON                                | 000290156   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>            |   | transport sanitarny**                    | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:   | ZESPÓŁ TRANSPORTU SANITARNEGO   | 2 do 24.05.2020 r.<br>1 od 25.05.2020 r. |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | OTWOCK 05-400, KONARSKIEGO 13   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| telefon/ telefony                                  | GŁÓWNY DYSPOZYTOR PRM W WARSZAWIE<br>do 15.11.2020 r.: 22 525 12 09,<br>od 16.11.2020 r. : 22 852 12 22<br>od 29.12.2020 r. Główny Dyspozytor PRM - zgłoszenia z terenu rejonu RO 14/01 Warszawa – tel. 22 852 12 22 (od 01.01.2021 r. tel. 22 525 13 33) |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| Data dodania do wykazu                             | 18.03.2020 r.   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2 *</b>            |   | transport sanitarny**                    | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |

|   |                                  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |   |  |   |
|---|----------------------------------|-----------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|---|--|---|
| nazwa:  | IZBA PRZYJĘĆ                     |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |   |  |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OTWOCK 05-400, KONARSKIEGO 13    |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |   |  |   |
| telefon/ telefony                                 | 22 779 40 31 wew 286             |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   | X |  |   |
| Data dodania do wykazu                            | 07.04.2020 r.                    |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |   |  |   |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |   |  |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3 *</b>           |                                  | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |   |  |   |
| nazwa:  | Szpital I poziomu zabezpieczenia |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |   |  |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OTWOCK 05-400, KONARSKIEGO 13    |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |   |  |   |
| telefon/ telefony                                 | 22 779 40 31 wew 286             |                       | X  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |   |  | I |
| Data dodania do wykazu                            | 15.09.2020 r.                    |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |   |  |   |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |   |  |   |

|  |  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |  |  |
|--|--|--|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|--|--|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 20</b> | od 18.03.2020 r.   | <b>kategoria realizowanych świadczeń</b> |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |  |  |
| nazwa:   | PETRA MEDICA SP. Z O. O.   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WARSZAWA 04-329, UL. GROCHOWSKA 166  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |  |  |
| telefon/ telefony:                                 | GŁÓWNY DYSPOZYTOR PRM W WARSZAWIE<br>do 15.11.2020 r.: 22 525 12 09,<br>od 16.11.2020 r.: 22 852 12 22<br>od 29.12.2020 r. Główny Dyspozytor PRM - zgłoszenia z terenu rejonu RO 14/01 Warszawa – tel. 22 852 12 22 (od 01.01.2021 r. tel. 22 525 13 33) |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |  |  |
| identyfikator REGON                                | 015666180  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>            |  | transport sanitarny**                    | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |  |  |  |
| nazwa:   | ZESPÓŁ TRANSPORTU SANITARNEGO  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WARSZAWA 04-128, UL. OMULEWSKA 27  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |  |  |
| telefon/ telefony                                  | GŁÓWNY DYSPOZYTOR PRM W WARSZAWIE<br>do 15.11.2020 r.: 22 525 12 09,<br>od 16.11.2020 r.: 22 852 12 22<br>od 29.12.2020 r. Główny Dyspozytor PRM - zgłoszenia z terenu rejonu RO 14/01 Warszawa – tel. 22 852 12 22 (od 01.01.2021 r. tel. 22 525 13 33) | 2 do 24.05.2020 r.<br>1 od 25.05.2020 r. |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |  |  |
| Data dodania do wykazu                             | 18.03.2020 r.  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |  |  |

|  |   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |  |  |
|--|---|--|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|--|--|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 21</b> | od 23.03.2020 r.  | <b>kategoria realizowanych świadczeń</b> |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |  |  |
| nazwa:   | ŚRODOWISKOWO-LEKARSKIE WODNE OCHOTNICZE POGOTOWIE RATUNKOWE   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | RADOM 26-600, UL. WERNERA 9/11  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |  |  |
| telefon/ telefony:                                 | 48 361 93 51 GŁÓWNY DYSPOZYTOR PRM W RADOMIU do 03.12.2020 r.<br>664 786 165 GŁÓWNY DYSPOZYTOR PRM W RADOMIU od 04.12.2020 r.<br>od 01.01.2021 r. Główny Dyspozytor PRM - zgłoszenia z terenu rejonu RO 14/03 Radom – tel. 48 375 14 02 |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |  |  |
| identyfikator REGON                                | 672958665   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>            |   | transport sanitarny**                    | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |  |  |  |
| nazwa:   | ZESPÓŁ TRANSPORTU SANITARNEGO   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | RADOM 26-600, UL. WERNERA 9/11  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |  |  |



|                           |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---------------------------|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|
| telefon/ telefony         | 48 361 93 51 GŁÓWNY DYSPOZYTOR PRM W RADOMIU do 03.12.2020 r.<br>664 786 165 GŁÓWNY DYSPOZYTOR PRM W RADOMIU od 04.12.2020 r.<br><b>od 01.01.2021 r. Główny Dyspozytor PRM - zgłoszenia z terenu rejonu RO 14/03 Radom – tel. 48 375 14 02</b> | 2 do 24.05.2020 r.<br>1 od 25.05.2020 r. do 29.10.2020 r.<br>2 od 30.10.2020 r. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Data dodania do wykazu    | 23.03.2020 r.  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 22       |   | kategoria realizowanych świadczeń |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
|---|---|-----------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:  | Wojskowy Instytut Medycyny Lotniczej    |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 01-755, ul. Krasińskiego 54/56 |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony:                                | 261 852 601; 261 852 606                |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| identyfikator REGON                               | 010132188                               |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>           |   | transport sanitarny**             | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | CHOROBY WEWNĘTRZNE                      |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 01-755, ul. Krasińskiego 54/56 |                                   | X        |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 261 852 601; 261 852 606                |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 23.03.2020 r.                           |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 17.05.2020 r.                           |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2 *</b>           |   | transport sanitarny**             | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | NEUROLOGIA                              |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 01-755, ul. Krasińskiego 54/56 |                                   | X        |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 261 852 601; 261 852 606                |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 23.03.2020 r.                           |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 17.05.2020 r.                           |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3 *</b>           |   | transport sanitarny**             | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | CHIRURGIA OGÓLNA                        |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 01-755, ul. Krasińskiego 54/56 |                                   | X        |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 261 852 601; 261 852 606                |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 23.03.2020 r.                           |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 17.05.2020 r.                           |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4*</b>            |   | transport sanitarny**             | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | OKULISTYKA                              |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 01-755, ul. Krasińskiego 54/56 |                                   | X        |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 261 852 601; 261 852 606                |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 23.03.2020 r.                           |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 17.05.2020 r.                           |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 5*</b>            |   | transport sanitarny**             | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | OTOLARYNGOLOGIA                         |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 01-755, ul. Krasińskiego 54/56 |                                   | X        |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 261 852 601; 261 852 606                |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

|   |  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
|---|--|-----------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|--|
| Data dodania do wykazu                            | 23.03.2020 r.  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 17.05.2020 r.  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 6*</b>            |  | transport sanitarny** | leczenie                                 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |  |
| nazwa:  | <b>IZBA PRZYJĘĆ</b>  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 01-755, ul. Krasińskiego 54/56  |                       | X  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| telefon/ telefony                                 | 261 852 601; 261 852 606   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data dodania do wykazu                            | 23.03.2020 r.  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 17.05.2020 r.  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 7*</b>            |  | transport sanitarny** | leczenie                                 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |  |
| nazwa:  | ALAB laboratoria sp. z o.o., Medyczne Laboratorium Diagnostyczne, Pracownia Genetyki |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 00-739, ul. Stępińska 22/30   |                       |  |             |            |                                     | X                                  |                                     |              |   |  |
| telefon/ telefony                                 | 506 230 086  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data dodania do wykazu                            | 20.04.2020 r.  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 30.05.2020 r.  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 8*</b>            |  | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |  |
| nazwa:  | <b>IZBA PRZYJĘĆ</b>  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 01-755, ul. Krasińskiego 54/56  |                       |  |             |            |                                     |                                    | X                                   |              |   |  |
| telefon/ telefony                                 | 261 852 601; 261 852 606   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data dodania do wykazu                            | 07.04.2020 r.  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 9 *</b>           |  | transport sanitarny** | leczenie                                 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |  |
| nazwa:  | <b>PUNKT POBRAŃ (codzienie w godz. 11.00-13.00)</b>                                  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 01-755, ul. Krasińskiego 54/56  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     | S            |   |  |
| telefon/ telefony                                 | 727 063 026  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data dodania do wykazu                            | 11.05.2020 r.  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 31.05.2020 r.  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 10 *</b>          |  | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |  |
| nazwa:  | Szpital I poziomu zabezpieczenia   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 01-755, ul. Krasińskiego 54/56  |                       | X  |             |            |                                     |                                    |                                     |              | I                                       |  |
| telefon/ telefony                                 | 261 852 601; 261 852 606   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data dodania do wykazu                            | 15.09.2020 r.  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 22.10.2020 r.  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 11 *</b>          |  | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |  |

|   |  |   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
|---|--|---|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:  |  | <b>PUNKT POBRAN</b><br>(do 18.10.2020 r.: codziennie w godz. 7.30-12.00, od 19.10.2020 r. do 27.10.2020 r.: pn 7.30-12.00, wt 14.00-19.00, śr 7.30-12.00, czw 14.00-19.00, pt 7.30-12.00, sb 7.30-12.00, nd 7.30-12.00, od 28.10.2020 r. do 13.12.2020 r.: pn 7.30-12.00, wt 14.00-18.00, śr 7.30-12.00, czw 14.00-18.00, pt 7.30-12.00, sb 7.30-12.00, nd 7.30-12.00)<br>od 14.12.2020 r.: pn 8.00-11.00, wt 14.00-17.00, śr 8.00-11.00, czw 14.00-17.00, pt 8.00-11.00, sb 8.00-11.00, nd 8.00-11.00) |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |  | Warszawa 01-755, ul. Krasińskiego 54/56   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 |  | 231 852 988, 727 060 026  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            |  | 16.10.2020 r.   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 12 *</b>          |  | transport sanitarny**   | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  |  | Szpital II poziomu zabezpieczenia   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |  | Warszawa 01-755, ul. Krasińskiego 54/56   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 |  | 261 852 601; 261 852 606  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            |  | 23.10.2020 r.   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  | 03.01.2021 r.   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 13 *</b>          |  | transport sanitarny**   | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  |  | Rewita Rynia - IZOLATORIUM typ II   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |  | Białobrzegi 05-127, ul. Wczasowa 59   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 |  | 508 679 176   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            |  | 27.10.2020 r.   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 14 *</b>          |  | transport sanitarny**   | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  |  | Szpital I poziomu zabezpieczenia  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |  | Warszawa 01-755, ul. Krasińskiego 54/56   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 |  | 261 852 601; 261 852 606  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            |  | 04.01.2021 r.   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

|  |  |  |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
|--|--|--|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 23</b> |  | od 02.04.2020 r.   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| nazwa:   |  | SAMODZIELNY ZESPÓŁ PUBLICZNYCH ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ IM. "DZIECI WARSZAWY" W DZIEKANOWIE LEŚNYM |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |  | Dziekanów Leśny 05-092, ul. Marii Konopnickiej 65  |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony:                                 |  | 22 76 57 119; 22 76 57 135; 22 76 57 136   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| identyfikator REGON                                |  | 000291210  |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>            |  | transport sanitarny**  | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:   |  | PEDIATRIA  |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |  | Dziekanów Leśny 05-092, ul. Marii Konopnickiej 65  |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

|   |  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |   |
|---|--|-----------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|---|
| telefon/ telefony                                 | 22 76 57 119; 22 76 57 135; 22 76 57 136           |                       | X  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |   |
| Data dodania do wykazu                            | 02.04.2020 r.                                      |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |   |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 17.05.2020 r.                                      |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2 *</b>           |  | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |   |
| nazwa:  | <b>IZBA PRZYJĘĆ</b>                                |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Dzieskanów Leśny 05-092, ul. Marii Konopnickiej 65 |                       |  |             |            |                                     |                                    | X                                   |              |   |   |
| telefon/ telefony                                 | 22 76 57 119; 22 76 57 135; 22 76 57 136           |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |   |
| Data dodania do wykazu                            | 07.04.2020 r.                                      |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |   |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3 *</b>           |  | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |   |
| nazwa:  | Szpital I poziomu zabezpieczenia                   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Dzieskanów Leśny 05-092, ul. Marii Konopnickiej 65 |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |   |
| telefon/ telefony                                 | 22 76 57 119; 22 76 57 135; 22 76 57 136           |                       | X  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   | I |
| Data dodania do wykazu                            | 15.09.2020 r.                                      |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |   |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |   |

|  |  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |   |
|--|--|--|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|---|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 24</b> | od 04.04.2020 r.   | <b>kategoria realizowanych świadczeń</b> |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |   |
| nazwa:   | Narodowy Instytut Kardiologii Stefana kardynała Wyszyńskiego Państwowy Instytut Badawczy |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Warszawa 04-628, ul. Alpejska 42   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |   |
| telefon/ telefony:                                 | 22 343 41 94   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |   |
| identyfikator REGON                                | 000837583  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>            |  | transport sanitarny**                    | leczenie                                 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |   |
| nazwa:   | Zakład Biologii Medycznej  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Warszawa 04-628, ul. Alpejska 42   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |   |
| telefon/ telefony                                  | 223434438  |  |  |             |            |                                     | X                                  |                                     |              |   |   |
| Data dodania do wykazu                             | 04.04.2020 r.  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |   |
| Data wykreślenia z wykazu                          | 30.05.2020 r.  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2 *</b>            |  | transport sanitarny**                    | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |   |
| nazwa:   | <b>IZBA PRZYJĘĆ</b>  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Warszawa 04-628, ul. Alpejska 42   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |   |
| telefon/ telefony                                  | 223434194  |  |  |             |            |                                     |                                    | X                                   |              |   |   |
| Data dodania do wykazu                             | 07.04.2020 r.  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |   |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3 *</b>            |  | transport sanitarny**                    | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |   |
| nazwa:   | Szpital I poziomu zabezpieczenia   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Warszawa 04-628, ul. Alpejska 42   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |   |
| telefon/ telefony                                  | 22 343 41 94   |  | X  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   | I |
| Data dodania do wykazu                             | 15.09.2020 r.  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |   |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |   |

|  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 25</b> | od 04.04.2020 r.                          | <b>kategoria realizowanych świadczeń</b> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| nazwa:   | Instytut "Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka" |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|   |   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
|---|---|-----------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|--|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 04-730, Al. Dzieci Polskich 20       |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| telefon/ telefony:                                | 228151600                                     |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| identyfikator REGON                               | 000557961                                     |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>           |   | transport sanitarny** | leczenie                                 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |  |
| nazwa:  | Zakład Mikrobiologii i Immunologii Klinicznej |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 04-730, Al. Dzieci Polskich 20       |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| telefon/ telefony                                 | 228157270                                     |                       |  |             |            |                                     | X                                  |                                     |              |   |  |
| Data dodania do wykazu                            | 04.04.2020 r.                                 |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 30.05.2020 r.                                 |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2 *</b>           |   | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |  |
| nazwa:  | IZBA PRZYJĘĆ                                  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 04-730, Al. Dzieci Polskich 20       |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| telefon/ telefony                                 | 228151600                                     |                       |  |             |            |                                     |                                    | X                                   |              |   |  |
| Data dodania do wykazu                            | 07.04.2020 r.                                 |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3 *</b>           |   | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |  |
| nazwa:  | Szpital I poziomu zabezpieczenia              |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 04-730, Al. Dzieci Polskich 20       |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| telefon/ telefony                                 | 228151600                                     |                       | X  |             |            |                                     |                                    |                                     |              | I                                       |  |
| Data dodania do wykazu                            | 15.09.2020 r.                                 |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 14.10.2020 r.                                 |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4 *</b>           |   | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |  |
| nazwa:  | Szpital II poziomu zabezpieczenia             |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 04-730, Al. Dzieci Polskich 20       |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| telefon/ telefony                                 | 228151600                                     |                       | X  |             |            |                                     |                                    |                                     |              | II                                      |  |
| Data dodania do wykazu                            | 15.10.2020 r.                                 |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |

|  |  |  |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
|--|--|--|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 26</b> | od 04.04.2020 r.                       | <b>kategoria realizowanych świadczeń</b> |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| nazwa:   | Instytut Hematologii i Transfuzjologii |  |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Warszawa 02-776, ul. Indyry Gandhi 14  |  |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| telefon/ telefony:                                 | 223496100                              |  |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| identyfikator REGON                                | 000288484                              |  |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>            |  | transport sanitarny**                    | leczenie | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |  |
| nazwa:   | Zakład Wirusologii                     |  |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Warszawa 00-791, ul. Chocimska 5       |  |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| telefon/ telefony                                  | 223496640                              |  |          |             |            |                                     | X                                  |                                     |              |   |  |
| Data dodania do wykazu                             | 04.04.2020 r.                          |  |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          | 30.05.2020 r.                          |  |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |

| Miejsce udzielania świadczeń 2 *                  |   | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|---|-----------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:  | IZBA PRZYJĘĆ  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-776, ul. Indiry Gandhi 14   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 223496100   |                       |  |             |            |                                     |                                    | X                                   |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 10.04.2020 r.   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 *                  |   | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | <b>PUNKT POBRAŃ</b><br>(do 16.08.2020 r.: pn-pt 11.00-14.00, sb-nd 9.00-12.00;<br>od 17.08.2020 r. do 08.09.2020 r.: pn-pt 8.00-11.00, sb-nd 9.00-12.00;<br>od 09.09.2020 r. do 18.10.2020 r.: pn-pt 8.00-12.10, sb-nd 9.00-13.10,<br>od 19.10.2020 r.: pn 8.00-13.00, wt 8.00-13.00, śr 8.00-13.00, czw 14.30-19.30, pt 14.30-19.30, sb 9.00-14.00, nd 9.00-14.00) |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-776, ul. Indiry Gandhi 14   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 22 34 96 211  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 12.05.2020 r.   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     | S            |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 *                  |   | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | Szpital I poziomu zabezpieczenia  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-776, ul. Indiry Gandhi 14   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 223496100   |                       | X  |             |            |                                     |                                    |                                     |              | I                                |
| Data dodania do wykazu                            | 15.09.2020 r.   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 5 *                  |   | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | Szpital III poziomu zabezpieczenia w zakresie chorób układu chłonnego   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-776, ul. Indiry Gandhi 14   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 223496100   |                       | X  |             |            |                                     |                                    |                                     |              | III                              |
| Data dodania do wykazu                            | 17.11.2020 r.   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 27       |  | kategoria realizowanych świadczeń |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
|---|--|-----------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:  | od 04.04.2020 r. Centrum Medyczne "ŻELAZNA" Sp. z o.o. w Warszawie                   |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 01-004, ul. Żelazna 90  |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony:                                | 22 25 59 801   |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| identyfikator REGON                               | 012103423  |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |  | transport sanitarny**             | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | ALAB laboratoria Sp. z o.o., Medyczne Laboratorium Diagnostyczne, Pracownia Genetyki |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 00-739, ul. Stępińska 22/30   |                                   |          |             |            |                                     | X                                  |                                     |              |                                  |

|   |                                  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |   |
|---|----------------------------------|-----------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|---|
| telefon/ telefony                                 | 22 349 60 60                     |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |   |
| Data dodania do wykazu                            | 04.04.2020 r.                    |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |   |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 30.05.2020 r                     |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2 *</b>           |                                  | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |   |
| nazwa:  | <b>IZBA PRZYJĘĆ</b>              |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 01-004, ul. Żelazna 90  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |   |
| telefon/ telefony                                 | 22 25 59 801                     |                       |  |             |            |                                     |                                    | X                                   |              |   |   |
| Data dodania do wykazu                            | 07.04.2020 r.                    |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |   |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3 *</b>           |                                  | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |   |
| nazwa:  | Szpital I poziomu zabezpieczenia |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 01-004, ul. Żelazna 90  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |   |
| telefon/ telefony                                 | 22 25 59 801                     |                       | X  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   | I |
| Data dodania do wykazu                            | 15.09.2020 r.                    |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |   |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |   |

|  |  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
|--|--|--|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 28</b> | od 04.04.2020 r.   | <b>kategoria realizowanych świadczeń</b> |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| nazwa:   | Instytut Matki i Dziecka w Warszawie   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Warszawa 01-211, ul. Kasprzaka 17A   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| telefon/ telefony:                                 | 22 32 77 422, 22 32 77 441   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| identyfikator REGON                                | 000288395  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>            |  | transport sanitarny**                    | leczenie                                 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |  |
| nazwa:   | ALAB laboratoria Sp. z o.o., Medyczne Laboratorium Diagnostyczne, Pracownia Genetyki |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Warszawa 00-739, ul. Stępińska 22/30   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| telefon/ telefony                                  | 22 349 60 60   |  |  |             |            |                                     |                                    | X                                   |              |   |  |
| Data dodania do wykazu                             | 04.04.2020 r.  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          | 30.05.2020 r.  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2 *</b>            |  | transport sanitarny**                    | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |  |
| nazwa:   | <b>IZBA PRZYJĘĆ</b>  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Warszawa 01-211, ul. Kasprzaka 17A   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| telefon/ telefony                                  | 22 32 77 422, 22 32 77 441   |  |  |             |            |                                     |                                    | X                                   |              |   |  |
| Data dodania do wykazu                             | 07.04.2020 r.  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3 *</b>            |  | transport sanitarny**                    | leczenie                                 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |  |
| nazwa:   | Centrum Medyczne MedGen  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Warszawa 02-954, ul. Wiktorii Wiedeńskiej 9A   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| telefon/ telefony                                  | 501 377 150; 506 069 568, 515 141 414  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data dodania do wykazu                             | 27.04.2020 r.  |  |  |             |            |                                     |                                    | X                                   |              |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          | 30.05.2020 r.  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |

| Miejsce udzielania świadczeń 4 *                  |                                     | transport sanitarny** | leczenie                                 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|-------------------------------------|-----------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:  | Narodowy Instytut Leków             |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 00-725, ul. Chełmska 30/34 |                       |  |             |            |                                     | X                                  |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 |                                     |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 04.05.2020 r.                       |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 30.05.2020 r.                       |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 5 *                  |                                     | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | Szpital I poziomu zabezpieczenia    |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 01-211, ul. Kasprzaka 17A  |                       | X  |             |            |                                     |                                    |                                     |              | I                                |
| telefon/ telefony                                 | 22 32 77 422, 22 32 77 441          |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 15.09.2020 r.                       |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                     |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 29       | od 04.04.2020 r.                                       | kategoria realizowanych świadczeń |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|--|-----------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| nazwa:  | Mazowiecki Szpital Onkologiczny Sp. z o.o. w Warszawie |                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 03-411, Al. Solidarności 12                   |                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| telefon/ telefony:                                | 22 766 15 00   |                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| identyfikator REGON                               | 369482970  |                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |  | transport sanitarny** | leczenie                                 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|--|-----------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:  | ALAB laboratoria sp. z o.o., Medyczne Laboratorium Diagnostyczne, Pracownia Genetyki |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 00-739, ul. Stępińska 22/30   |                       |  |             |            |                                     | X                                  |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 22 349 60 60   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 04.04.2020 r.  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 30.05.2020 r.  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 *                  |  | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | Szpital I poziomu zabezpieczenia   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wieliszew 05-135, ul. Kościelna 61   |                       | X  |             |            |                                     |                                    |                                     |              | I                                |
| telefon/ telefony                                 | 22 766 15 00   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 15.09.2020 r.  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 30       | od 04.04.2020 r.   | kategoria realizowanych świadczeń |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|--|-----------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| nazwa:  | Uniwersyteckie Centrum Kliniczne Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego - Centralny Szpital Kliniczny w Warszawie |                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-097, ul. Banacha 1a  |                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| telefon/ telefony:                                | 22 59 91 500   |                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| identyfikator REGON                               | 000288975  |                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 * |   | transport sanitarny** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|----------------------------------|---|-----------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:                           | Warsaw Genomics Sp. z o.o., Laboratorium Analiz Genetycznych, Warszawa 01-682, ul. Kiwerska 33A |                       |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |



|   |  |                       |  |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
|---|--|-----------------------|--|---------------------------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|--|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-093, ul. L. Pasteura 5A/<br>Warszawa 02-089, ul. Żwirki i Wigury 101 |                       |  |                                 |            |                                     |                                    | X                                   |              |   |  |
| telefon/ telefony                                 | 22 65 80 259; 22 65 80 180   |                       |  |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data dodania do wykazu                            | 04.04.2020 r.  |                       |  |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 30.05.2020 r.  |                       |  |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2 *</b>           |  | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium                     | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |  |
| nazwa:  | Szpital I poziomu zabezpieczenia   |                       |  |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-097, ul. Banacha 1a  |                       | X  |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              | I                                       |  |
| telefon/ telefony                                 | 22 59 91 500   |                       |  |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data dodania do wykazu                            | 15.09.2020 r.  |                       |  |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 08.11.2020 r.  |                       |  |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3 *</b>           |  | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium                     | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |  |
| nazwa:  | <b>IZBA PRZYJĘĆ</b>  |                       |  |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-097, ul. Banacha 1a  |                       |  |                                 |            |                                     |                                    | X                                   |              |   |  |
| telefon/ telefony                                 | 22 59 91 500   |                       |  |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data dodania do wykazu                            | 07.04.2020 r.  |                       |  |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                       |  |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4 *</b>           |  | transport sanitarny** | leczenie                                 | izolatorium                     | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |  |
| nazwa:  | Centrum Konferencyjno-Apartamentowe Mrówka - IZOLATORIUM typ II                  |                       |  |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-971, ul. Przekorna 33  |                       |  | X<br>typ II od<br>29.10.2020 r. |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| telefon/ telefony                                 | 604 434 115  |                       |  |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data dodania do wykazu                            | 28.10.2020 r.  |                       |  |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 24.12.2020 r.  |                       |  |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 5 *</b>           |  | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium                     | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |  |
| nazwa:  | Szpital II poziomu zabezpieczenia  |                       |  |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-097, ul. Banacha 1a  |                       | X  |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              | II                                      |  |
| telefon/ telefony                                 | 22 59 91 500   |                       |  |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data dodania do wykazu                            | 09.11.2020 r.  |                       |  |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                       |  |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |

|  |   |  |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
|--|---|--|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 31</b> | od 04.04.2020 r.  | <b>kategoria realizowanych świadczeń</b> |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| nazwa:   | Uniwersyteckie Centrum Kliniczne Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego - Szpital Kliniczny Dzieciątka Jezus |  |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Warszawa 02-097, ul. Banacha 1a   |  |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| telefon/ telefony:                                 | 22 50 21 435  |  |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| identyfikator REGON                                | 000288975   |  |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>            |   | transport sanitarny**                    | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |  |
| nazwa:   | Warsaw Genomics Sp. z o.o., Laboratorium Analiz Genetycznych, Warszawa 01-682, ul. Kiwerska 33A             |  |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Warszawa 02-093, ul. L. Pasteura 5A/<br>Warszawa 02-089, ul. Żwirki i Wigury 101                            |  |          |             |            |                                     | X                                  |                                     |              |   |  |

|   |   |                       |  |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |   |    |
|---|---|-----------------------|--|---------------------------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|----|
| telefon/ telefony                                 | 22 65 80 259; 22 65 80 180                                      |                       |  |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |   |    |
| Data dodania do wykazu                            | 04.04.2020 r.   |                       |  |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |   |    |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 30.05.2020 r.   |                       |  |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |   |    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2 *</b>           |   | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium                     | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |    |
| nazwa:  | Szpital I poziomu zabezpieczenia                                |                       |  |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |   |    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-005, ul. Lindleya 4                                 |                       | X  |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |   | I  |
| telefon/ telefony                                 | 22 502 12 00  |                       |  |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |   |    |
| Data dodania do wykazu                            | 15.09.2020 r.   |                       |  |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |   |    |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 15.10.2020 r.   |                       |  |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |   |    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3 *</b>           |   | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium                     | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |    |
| nazwa:  | SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY                                     |                       |  |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |   |    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-005, ul. Lindleya 4                                 |                       |  |                                 |            |                                     |                                    | X                                   |              |   |    |
| telefon/ telefony                                 | 22 502 12 00  |                       |  |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |   |    |
| Data dodania do wykazu                            | 07.04.2020 r.   |                       |  |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |   |    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                       |  |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |   |    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4 *</b>           |   | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium                     | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |    |
| nazwa:  | Szpital II poziomu zabezpieczenia                               |                       |  |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |   |    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-005, ul. Lindleya 4                                 |                       | X  |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |   | II |
| telefon/ telefony                                 | 22 502 12 00  |                       |  |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |   |    |
| Data dodania do wykazu                            | 16.10.2020 r.   |                       |  |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |   |    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                       |  |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |   |    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 5 *</b>           |   | transport sanitarny** | leczenie                                 | izolatorium                     | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |    |
| nazwa:  | Centrum Konferencyjno-Apartamentowe Mrówka - IZOLATORIUM typ II |                       |  |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |   |    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-971, ul. Przekorna 33                               |                       |  | X<br>typ II od<br>29.10.2020 r. |            |                                     |                                    |                                     |              |   |    |
| telefon/ telefony                                 | 604 434 115   |                       |  |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |   |    |
| Data dodania do wykazu                            | 28.10.2020 r.   |                       |  |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |   |    |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 24.12.2020 r.   |                       |  |                                 |            |                                     |                                    |                                     |              |   |    |

|  |  |  |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
|--|--|--|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 32</b> | od 07.04.2020 r.   | <b>kategoria realizowanych świadczeń</b> |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| nazwa:   | Szpital Specjalistyczny "INFLANCKA" im. Krysi Niżyńskiej "Zakurzonej" Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej |  |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Warszawa 00-189, ul. Inflancka 6   |  |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| telefon/ telefony:                                 | 22 69 73 110, 797 301 519  |  |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| identyfikator REGON                                | 013003050  |  |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>            |  | transport sanitarny**                    | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |  |
| nazwa:   | Diagnostyka Sp. z o. o., Kraków 31-864, ul. Prof. Życzkowskiego 16   |  |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Kraków 31-864, ul. Prof. Życzkowskiego 16  |  |          |             |            |                                     | X                                  |                                     |              |   |  |
| telefon/ telefony                                  | 663 686 960  |  |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |

|   |                                   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
|---|-----------------------------------|-----------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|--|
| Data dodania do wykazu                            | 08.04.2020 r.                     |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 30.05.2020 r.                     |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2 *</b>           |                                   | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |  |
| nazwa:  | IZBA PRZYJĘĆ                      |                       |  |             |            |                                     |                                    | X                                   |              |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 00-189, ul. Inflancka 6  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| telefon/ telefony                                 | 22 69 73 110, 797 301 519         |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data dodania do wykazu                            | 07.04.2020 r.                     |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3 *</b>           |                                   | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |  |
| nazwa:  | Szpital I poziomu zabezpieczenia  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 00-189, ul. Inflancka 6  |                       | X  |             |            |                                     |                                    |                                     |              | I                                       |  |
| telefon/ telefony                                 | 22 69 73 110, 797 301 519         |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data dodania do wykazu                            | 15.09.2020 r.                     |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 15.11.2020 r.                     |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4 *</b>           |                                   | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |  |
| nazwa:  | Szpital II poziomu zabezpieczenia |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 00-189, ul. Inflancka 6  |                       | X  |             |            |                                     |                                    |                                     |              | II                                      |  |
| telefon/ telefony                                 | 22 69 73 110, 797 301 519         |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data dodania do wykazu                            | 16.11.2020 r.                     |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 31.01.2021 r.                     |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 5 *</b>           |                                   | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |  |
| nazwa:  | Szpital I poziomu zabezpieczenia  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 00-189, ul. Inflancka 6  |                       | X  |             |            |                                     |                                    |                                     |              | I                                       |  |
| telefon/ telefony                                 | 22 69 73 110, 797 301 519         |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data dodania do wykazu                            | 01.02.2021 r.                     |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |

|  |  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
|--|--|--|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 33</b> | od 07.04.2020  | <b>kategoria realizowanych świadczeń</b> |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| nazwa:   | Szpital Praski p.w. Przemienienia Pańskiego Sp. z o.o.             |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Warszawa 03-401, Al. Solidarności 67                               |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| telefon/ telefony:                                 | 22 55 51 126   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| identyfikator REGON                                | 012298823  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>            |  | transport sanitarny**                    | leczenie                                 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |  |
| nazwa:   | Diagnostyka Sp. z o. o., Kraków 31-864, ul. Prof. Życzkowskiego 16 |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Kraków 31-864, ul. Prof. Życzkowskiego 16                          |  |  |             |            |                                     | X                                  |                                     |              |   |  |
| telefon/ telefony                                  | 12 29 50 100   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data dodania do wykazu                             | 10.04.2020 r.  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          | 30.05.2020 r.  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2 *</b>            |  | transport sanitarny**                    | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |  |

|   |                                      |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |    |
|---|--------------------------------------|-----------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|----|
| nazwa:  | <b>SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY</b>   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 03-401, Al. Solidarności 67 |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |    |
| telefon/ telefony                                 | 22 55 51 126                         |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |    |
| Data dodania do wykazu                            | 07.04.2020                           |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                      |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3 *</b>           |                                      | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |    |
| nazwa:  | Szpital I poziomu zabezpieczenia     |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 03-401, Al. Solidarności 67 |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |    |
| telefon/ telefony                                 | 22 55 51 126                         |                       | X  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   | I  |
| Data dodania do wykazu                            | 15.09.2020 r.                        |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |    |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 08.11.2020 r.                        |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4 *</b>           |                                      | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |    |
| nazwa:  | Szpital II poziomu zabezpieczenia    |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 03-401, Al. Solidarności 67 |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |    |
| telefon/ telefony                                 | 22 55 51 126                         |                       | X  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   | II |
| Data dodania do wykazu                            | 09.11.2020 r.                        |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                      |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |    |

|  |  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |   |
|--|--|--|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|---|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 34</b> | od 10.04.2020  | <b>kategoria realizowanych świadczeń</b> |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |   |
| nazwa:   | Magodent Sp. z o.o.  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Warszawa 04-125, ul. gen. A.E. Fieldorfa "Niła" nr 40              |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |   |
| telefon/ telefony:                                 | 22 46 98 350   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |   |
| identyfikator REGON                                | 360493191  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>            |  | transport sanitarny**                    | leczenie                                 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |   |
| nazwa:   | Diagnostyka Sp. z o. o., Kraków 31-864, ul. Prof. Życzkowskiego 16 |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Kraków 31-864, ul. Prof. Życzkowskiego 16                          |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |   |
| telefon/ telefony                                  | 799 399 360  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |   |
| Data dodania do wykazu                             | 10.04.2020 r.  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |   |
| Data wykreślenia z wykazu                          | 30.05.2020 r.  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2 *</b>            |  | transport sanitarny**                    | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |   |
| nazwa:   | Szpital I poziomu zabezpieczenia                                   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Warszawa 04-125, ul. gen. Augusta Emila Fieldorfa "Niła" nr 40     |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |   |
| telefon/ telefony                                  | 22 46 98 350   |  | X  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   | I |
| Data dodania do wykazu                             | 15.09.2020 r.  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |   |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |   |

|  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 35</b> | od 04.04.2020 r.                              | <b>kategoria realizowanych świadczeń</b> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| nazwa:   | Klinika Neuroradiochirurgii Sp. z o.o.        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Warszawa 00-033, ul. Wojciecha Górskiego 6/92 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| telefon/ telefony:                                 | 48 37 79 025                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| identyfikator REGON                                | 140794224                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |  | transport sanitarny**             | leczenie                                 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|--|-----------------------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:  | ALAB laboratoria sp. z o.o., Medyczne Laboratorium Diagnostyczne, Pracownia Genetyki   |                                   |  |             |            |                                     | X                                  |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 00-739, ul. Stępińska 22/30   |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 22 34 96 060   |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 04.04.2020 r.  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 30.05.2020 r.  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 *                  |  | transport sanitarny**             | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | Szpital I poziomu zabezpieczenia   |                                   | X  |             |            |                                     |                                    |                                     |              | I                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Radom 26-600, ul. Uniwersytecka 6  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 48 377 90 25   |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 15.09.2020 r.  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 36       |  | kategoria realizowanych świadczeń |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| nazwa:  | od 04.04.2020 r. Szpital Powiatowy Gajda-Med. Sp. z o.o.   |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Pułtusk 06-120, ul. Teofila Kwiatkowskiego 19  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony:                                | 23 69 19 901, 23 69 19 902   |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| identyfikator REGON                               | 361505810  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |  | transport sanitarny**             | leczenie                                 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | ALAB laboratoria sp. z o.o., Medyczne Laboratorium Diagnostyczne, Pracownia Genetyki   |                                   |  |             |            |                                     | X                                  |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 00-739, ul. Stępińska 22/30   |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 23 69 19 934   |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 04.04.2020 r.  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 30.05.2020 r.  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 *                  |  | transport sanitarny**             | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | <b>PUNKT POBRAŃ</b><br>(do 6.09.2020 r. codziennie w godz. 11.00-13.00;<br>od 7.09.2020 r. codziennie w godz. 9.00-13.05)    |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     | S            |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Pułtusk 06-120, ul. Teofila Kwiatkowskiego 19  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | do 21.05.2020 - tel. 23 691 99 01;<br>od 22.05.2020 - tel. 23 691 99 01 dotępny: pn-pt,<br>tel. 23 691 99 30 dostępny: sb-nd |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 07.05.2020 r.  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 19.10.2020 r.  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 *                  |  | transport sanitarny**             | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | Szpital I poziomu zabezpieczenia   |                                   | X  |             |            |                                     |                                    |                                     |              | I                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Pułtusk 06-120, ul. Teofila Kwiatkowskiego 19  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 23 69 19 901, 23 69 19 902   |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 15.09.2020 r.  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 07.10.2020 r.  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

| Miejsce udzielania świadczeń 4 *                  |   | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|---|-----------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:  | Szpital II poziomu zabezpieczenia             |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              | II                               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Pułtusk 06-120, ul. Teofila Kwiatkowskiego 19 |                       | X  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 23 69 19 901, 23 69 19 902                    |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 08.10.2020 r.                                 |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 37       |   | kategoria realizowanych świadczeń |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|---|-----------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| nazwa:  | Uniwersyteckie Centrum Zdrowia Kobiety i Noworodka Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego Sp. z o.o. |                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-015, Plac Starynkiewicza 1/3  |                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| telefon/ telefony:                                | 22 58 30 311, 22 58 30 310  |                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| identyfikator REGON                               | 146726100   |                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |  | transport sanitarny** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|--|-----------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:  | ALAB laboratoria sp. z o.o., Medyczne Laboratorium Diagnostyczne, Pracownia Genetyki |                       |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 00-739, ul. Stępińska 22/30   |                       |          |             |            |                                     | X                                  |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 514 783 575  |                       |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 14.04.2020 r.  |                       |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 30.05.2020 r.  |                       |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

| Miejsce udzielania świadczeń 2 *                  |  | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|--|-----------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:  | IZBA PRZYJĘĆ                             |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-015, Plac Starynkiewicza 1/3 |                       |  |             |            |                                     |                                    | X                                   |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 22 58 30 311, 22 58 30 310               |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 15.04.2020 r.                            |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

| Miejsce udzielania świadczeń 3 *                  |  | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|--|-----------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:  | Szpital I poziomu zabezpieczenia         |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              | I                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-015, Plac Starynkiewicza 1/3 |                       | X  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 22 58 30 311, 22 58 30 310               |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 15.09.2020 r.                            |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 38       |   | kategoria realizowanych świadczeń |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|---|-----------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| nazwa:  | Centrum Medyczne im. Bitwy Warszawskiej 1920 r. Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej |                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Radzymin 05-250, ul. Konstytucji 3 Maja 17  |                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| telefon/ telefony:                                | 22 76 07 170  |                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| identyfikator REGON                               | 010124527   |                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 * |  | transport sanitarny** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|----------------------------------|--|-----------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:                           | Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny |                       |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

|   |  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
|---|--|-----------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|--|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 00-791, ul. Chocimska 24  |                       |  |             |            |                                     |                                    | X                                   |              |   |  |
| telefon/ telefony                                 | 22 54 21 202   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data dodania do wykazu                            | 14.04.2020 r.  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 30.05.2020 r.  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2 *</b>           |  | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |  |
| nazwa:  | IZBA PRZYJĘĆ   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Radzymin 05-250, ul. Konstytucji 3 Maja 17   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| telefon/ telefony                                 | 22 76 07 170   |                       |  |             |            |                                     |                                    | X                                   |              |   |  |
| Data dodania do wykazu                            | 07.04.2020 r.  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3 *</b>           |  | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |  |
| nazwa:  | Szpital I poziomu zabezpieczenia   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Radzymin 05-250, ul. Konstytucji 3 Maja 17   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| telefon/ telefony                                 | 22 76 07 170   |                       | X  |             |            |                                     |                                    |                                     |              | I                                       |  |
| Data dodania do wykazu                            | 15.09.2020 r.  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 09.11.2020 r.  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4 *</b>           |  | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |  |
| nazwa:  | <b>PUNKT POBRAŃ</b><br>(do 02.11.2020 r.: pn 17.00-21.00, wt 11.00-15.00, śr 17.00-21.00, czw 17.00-21.00, pt 17.00-21.00, sb 17.00-21.00, nd 17.00-21.00, od 03.11.2020 r. do 21.12.2020 r.: pn 17.00-21, wt 17.00-21, śr 17.00-21.00, czw 17.00-21.00, pt 17.00-21.00, sb 14.00-16.00, nd 14.00-16.00<br><b>od 22.12.2020 r.:</b> pn 17.00-19.00, wt 11.00-13.00, śr 17.00-19.00, czw 17.00-19.00, pt 17.00-19.00, sb 14.00-16.00, nd 14.00-16.00) |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     | S            |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Radzymin 05-250, ul. POW 1a (parking)  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| telefon/ telefony                                 | 512 465 604  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data dodania do wykazu                            | 27.10.2020 r.  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 5 *</b>           |  | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |  |
| nazwa:  | Szpital II poziomu zabezpieczenia  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Radzymin 05-250, ul. Konstytucji 3 Maja 17   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| telefon/ telefony                                 | 22 76 07 170   |                       | X  |             |            |                                     |                                    |                                     |              | II                                      |  |
| Data dodania do wykazu                            | 10.11.2020 r.  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 31.12.2020 r.  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 6 *</b>           |  | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |  |
| nazwa:  | Szpital I poziomu zabezpieczenia   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Radzymin 05-250, ul. Konstytucji 3 Maja 17   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| telefon/ telefony                                 | 22 76 07 170   |                       | X  |             |            |                                     |                                    |                                     |              | I                                       |  |
| Data dodania do wykazu                            | 01.01.2021 r.  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 39       |  | kategoria realizowanych świadczeń |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
|---|--|-----------------------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:  | Szpital Grochowski im. Dr med. Rafała Masztaka Sp. z o.o.          |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 04-073, ul. Grenadierów 51/59                             |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony:                                | 22 51 52 716   |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| identyfikator REGON                               | 002153989  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |  | transport sanitarny**             | leczenie                                 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | Diagnostyka Sp. z o. o., Kraków 31-864, ul. Prof. Życzkowskiego 16 |                                   |  |             |            |                                     | X                                  |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kraków 31-864, ul. Prof. Życzkowskiego 16                          |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 22 51 52 681   |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 15.04.2020 r.  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 30.05.2020 r.  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 *                  |  | transport sanitarny**             | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | IZBA PRZYJĘĆ   |                                   |  |             |            |                                     |                                    | X                                   |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 04-073, ul. Grenadierów 51/59                             |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 22 51 52 716   |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 15.04.2020 r.  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 *                  |  | transport sanitarny**             | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | Szpital I poziomu zabezpieczenia                                   |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 04-073, ul. Grenadierów 51/59                             |                                   | X  |             |            |                                     |                                    |                                     |              | I                                |
| telefon/ telefony                                 | 22 51 52 716   |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 15.09.2020 r.  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 12.10.2020 r.  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 *                  |  | transport sanitarny**             | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | Szpital II poziomu zabezpieczenia                                  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 04-073, ul. Grenadierów 51/59                             |                                   | X  |             |            |                                     |                                    |                                     |              | II                               |
| telefon/ telefony                                 | 22 51 52 716   |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 13.10.2020 r.  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 40       |  | kategoria realizowanych świadczeń |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
|---|--|-----------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:  | Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie - Państwowy Instytut Badawczy |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-781, ul. W.K. Roentgena 5  |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony:                                | 22 546 22 14   |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| identyfikator REGON                               | 000288366  |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |  | transport sanitarny**             | leczenie | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | Pracownia Diagnostyki Genetycznej i Molekularnej Nowotworów                            |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-781, ul. W.K. Roentgena 5  |                                   |          |             |            |                                     | X                                  |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 22 546 23 82   |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 15.04.2020 r.  |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |



|   |                                       |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
|---|---------------------------------------|-----------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|--|
| Data wykreślenia z wykazu                         | 30.05.2020 r.                         |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2 *</b>           |                                       | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |  |
| nazwa:  | IZBA PRZYJĘĆ                          |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-781, ul. W.K. Roentgena 5 |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| telefon/ telefony                                 | 22 546 22 14                          |                       |  |             |            |                                     |                                    | X                                   |              |   |  |
| Data dodania do wykazu                            | 07.04.2020 r.                         |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                       |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3 *</b>           |                                       | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |  |
| nazwa:  | Szpital I poziomu zabezpieczenia      |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-781, ul. W.K. Roentgena 5 |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| telefon/ telefony                                 | 22 546 22 14                          |                       | X  |             |            |                                     |                                    |                                     |              | I                                       |  |
| Data dodania do wykazu                            | 15.09.2020 r.                         |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                       |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4 *</b>           |                                       | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |  |
| nazwa:  | Szpital II poziomu zabezpieczenia     |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa, ul. Wawelska 15             |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| telefon/ telefony                                 |                                       |                       | X  |             |            |                                     |                                    |                                     |              | II                                      |  |
| Data dodania do wykazu                            | 09.11.2020 r.                         |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                       |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |

|  |  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
|--|--|--|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 41</b> | od 07.04.2020 r.   | <b>kategoria realizowanych świadczeń</b> |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| nazwa:   | Samodzielny Publiczny Kliniczny Szpital Okulistyczny               |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Warszawa 03-709, ul. Sierakowskiego 13                             |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| telefon/ telefony:                                 | 22 82 24 607   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| identyfikator REGON                                | 016084355  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>            |  | transport sanitarny**                    | leczenie                                 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |  |
| nazwa:   | Diagnostyka Sp. z o. o., Kraków 31-864, ul. Prof. Życzkowskiego 16 |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Kraków 31-864, ul. Prof. Życzkowskiego 16                          |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| telefon/ telefony                                  | 22 82 24 607   |  |  |             |            |                                     |                                    | X                                   |              |   |  |
| Data dodania do wykazu                             | 15.04.2020 r.  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          | 30.05.2020 r.  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2 *</b>            |  | transport sanitarny**                    | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |  |
| nazwa:   | IZBA PRZYJĘĆ   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Warszawa 03-709, ul. Sierakowskiego 13                             |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| telefon/ telefony                                  | 22 82 24 607   |  |  |             |            |                                     |                                    | X                                   |              |   |  |
| Data dodania do wykazu                             | 07.04.2020 r.  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3 *</b>            |  | transport sanitarny**                    | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |  |
| nazwa:   | Szpital I poziomu zabezpieczenia                                   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Warszawa 03-709, ul. Sierakowskiego 13                             |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |

|                           |               |  |   |  |  |  |  |  |  |   |
|---------------------------|---------------|--|---|--|--|--|--|--|--|---|
| telefon/ telefony         | 22 82 24 607  |  | X |  |  |  |  |  |  | I |
| Data dodania do wykazu    | 15.09.2020 r. |  |   |  |  |  |  |  |  |   |
| Data wykreślenia z wykazu |               |  |   |  |  |  |  |  |  |   |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 42       |   | kategoria realizowanych świadczeń |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
|---|---|-----------------------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:  | Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji im. prof. dr hab. med. Eleonory Reicher                           |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-637, ul. Spartańska 1   |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony:                                | 22 670 93 20  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| identyfikator REGON                               | 000288567   |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>           |   | transport sanitarny**             | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | <b>IZBA PRZYJĘĆ</b>   |                                   |  |             |            |                                     |                                    | X                                   |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-637, ul. Spartańska 1   |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 22 670 93 20  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 07.04.2020 r.   |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2*</b>            |   | transport sanitarny**             | leczenie                                 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | Narodowy Instytut Leków   |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 00-725, ul. Chełmska 30/34   |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 |   |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 07.05.2020 r.   |                                   |  |             |            |                                     | X                                  |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 30.05.2020 r.   |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3 *</b>           |   | transport sanitarny**             | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | Szpital I poziomu zabezpieczenia  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-637, ul. Spartańska 1   |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 22 670 93 20  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              | I                                |
| Data dodania do wykazu                            | 15.09.2020 r.   |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 08.11.2020 r.   |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4 *</b>           |   | transport sanitarny**             | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | <b>PUNKT POBRAŃ</b><br>(do 20.12.2020 r.: codziennie w godz. 7.30-11.30<br>od 21.12.2020 r.: codziennie w godz.: 7.30-9.30) |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-637, ul. Spartańska 1   |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              | S                                |
| telefon/ telefony                                 | 22 670 94 50  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 18.11.2020 r.   |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 5 *</b>           |   | transport sanitarny**             | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | Szpital II poziomu zabezpieczenia   |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-637, ul. Spartańska 1   |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 22 670 93 20  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              | II                               |
| Data dodania do wykazu                            | 09.11.2020 r.   |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 31.12.2020 r.   |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

| Miejsce udzielania świadczeń 6 *                  |                                   | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|-----------------------------------|-----------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:  | Szpital I poziomu zabezpieczenia  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              | I                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-637, ul. Spartańska 1 |                       | X  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 22 670 93 20                      |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 01.01.2021 r.                     |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 43       | od 14.04.2020 r.                                    | kategoria realizowanych świadczeń |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|---|-----------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| nazwa:  | Mazowieckie Centrum Leczenia Chorób Płuc i Gruźlicy |                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Otwock 05-400, ul. Narutowicza 80                   |                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| telefon/ telefony:                                | 22 344 64 71  |                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| identyfikator REGON                               | 000676714   |                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |   | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|---|-----------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:  | IZBA PRZYJĘĆ  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              | X                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Otwock 05-400, ul. Władysława Stanisława Reymonta 83/91 |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 22 344 64 71  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 14.04.2020 r.   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

| Miejsce udzielania świadczeń 2 *                  |  | transport sanitarny** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|--|-----------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:  | Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny |                       |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              | X                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 00-791, ul. Chocimska 24                                |                       |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 22 54 21 202   |                       |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 11.05.2020 r.  |                       |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 30.05.2020 r.  |                       |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

| Miejsce udzielania świadczeń 3 *                  |   | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|---|-----------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:  | Szpital I poziomu zabezpieczenia                        |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              | I                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Otwock 05-400, ul. Władysława Stanisława Reymonta 83/91 |                       | X  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 22 344 64 71  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 15.09.2020 r.   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 11.10.2020  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

| Miejsce udzielania świadczeń 4 *                  |   | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|---|-----------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:  | Szpital II poziomu zabezpieczenia                       |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              | II                               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Otwock 05-400, ul. Władysława Stanisława Reymonta 83/91 |                       | X  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 22 344 64 71  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 12.10.2020 r.   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 44 | od 07.04.2020 r. | kategoria realizowanych świadczeń |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|------------------|-----------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
|   |                  |                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |

|   |  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
|---|--|-----------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|--|
| nazwa:  | Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu                           |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-042, ul. Mochnickiego 10                             |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| telefon/ telefony:                                | 22 311 81 02   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| identyfikator REGON                               | 011692096  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>           |  | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |  |
| nazwa:  | <b>IZBA PRZYJĘĆ</b>  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kajetany 05-830, ul. Mokra 17                                    |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| telefon/ telefony                                 | 22 356 03 66   |                       |  |             |            |                                     |                                    | X                                   |              |   |  |
| Data dodania do wykazu                            | 07.04.2020 r.  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2 *</b>           |  | transport sanitarny** | leczenie                                 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |  |
| nazwa:  | Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 00-791, ul. Chocimska 24                                |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| telefon/ telefony                                 |  |                       |  |             |            |                                     |                                    | X                                   |              |   |  |
| Data dodania do wykazu                            | 16.04.2020 r.  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 30.05.2020 r.  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3 *</b>           |  | transport sanitarny** | leczenie                                 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |  |
| nazwa:  | Instytut Hematologii i Transfuzjologii                           |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-776, ul. Indiry Gandi 14                             |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| telefon/ telefony                                 |  |                       |  |             |            |                                     |                                    | X                                   |              |   |  |
| Data dodania do wykazu                            | 17.04.2020 r.  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 30.05.2020 r.  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4 *</b>           |  | transport sanitarny** | leczenie                                 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |  |
| nazwa:  | Narodowy Instytut Leków  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 00-725, ul. Chełmska 30/34                              |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| telefon/ telefony                                 |  |                       |  |             |            |                                     |                                    | X                                   |              |   |  |
| Data dodania do wykazu                            | 21.04.2020 r.  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 30.05.2020 r.  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 5 *</b>           |  | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |  |
| nazwa:  | Szpital I poziomu zabezpieczenia                                 |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kajetany 05-830, ul. Mokra 17                                    |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| telefon/ telefony                                 | 22 356 03 66   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data dodania do wykazu                            | 15.09.2020 r.  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |

|  |  |  |
|--|--|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 45</b> | od 14.04.2020 r.   | <b>kategoria realizowanych świadczeń</b> |
| nazwa:   | Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Pionkach |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Pionki 26-670, ul. Sienkiewicza 29                                 |  |
| telefon/ telefony:                                 | 48 612 13 81   |  |
| identyfikator REGON                                | 670140015  |  |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |                                     | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|-------------------------------------|-----------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:  | IZBA PRZYJĘĆ                        |                       |  |             |            |                                     |                                    | X                                   |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Pionki 26-670, ul. Niepodległości 1 |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 48 612 49 37 we. 132                |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 14.04.2020 r.                       |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                     |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 *                  |                                     | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | Szpital I poziomu zabezpieczenia    |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              | I                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Pionki 26-670, ul. Niepodległości 1 |                       | X  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 48 612 13 81                        |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 15.09.2020 r.                       |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 14.11.2020 r.                       |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 *                  |                                     | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | Szpital II poziomu zabezpieczenia   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              | II                               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Pionki 26-670, ul. Niepodległości 1 |                       | X  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 48 612 13 81                        |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 15.11.2020 r.                       |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 31.12.2020 r.                       |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 *                  |                                     | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | Szpital I poziomu zabezpieczenia    |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              | I                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Pionki 26-670, ul. Niepodległości 1 |                       | X  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 48 612 13 81                        |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 01.01.2021 r.                       |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                     |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 46       | od 07.04.2020 r.   | kategoria realizowanych świadczeń |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
|---|--|-----------------------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:  | Warszawski Szpital dla dzieci SP ZOZ   |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 00-328, ul. Kopernika 43  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony:                                | 22 830 54 00   |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| identyfikator REGON                               | 000297520  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |  | transport sanitarny**             | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | IZBA PRZYJĘĆ   |                                   |  |             |            |                                     |                                    | X                                   |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 00-328, ul. Kopernika 43  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 22 830 53 10   |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 07.04.2020 r.  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 *                  |  | transport sanitarny**             | leczenie                                 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | ALAB laboratoria sp. z o.o., Medyczne Laboratorium Diagnostyczne, Pracownia Genetyki |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              | X                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 00-739, ul. Stępińska 22/30   |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 |  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

|   |                                    |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
|---|------------------------------------|-----------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|--|
| Data dodania do wykazu                            | 08.04.2020 r.                      |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 30.05.2020 r.                      |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3 *</b>           |                                    | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |  |
| nazwa:  | Szpital I poziomu zabezpieczenia   |                       | X  |             |            |                                     |                                    |                                     |              | I                                       |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 00-328 , ul. Kopernika 43 |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| telefon/ telefony                                 | 22 830 53 10                       |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data dodania do wykazu                            | 15.09.2020 r.                      |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                    |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |

|  |   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
|--|---|--|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 47</b> | od 14.04.2020 r.  | <b>kategoria realizowanych świadczeń</b> |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| nazwa:   | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Łosice 08-200, ul. Słoneczna 1  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| telefon/ telefony:                                 | 83 357 32 31  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| identyfikator REGON                                | 000304585   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>            |   | transport sanitarny**                    | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |  |
| nazwa:   | <b>IZBA PRZYJĘĆ</b>   |  |  |             |            |                                     |                                    | X                                   |              |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Łosice 08-200, ul. Słoneczna 1  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| telefon/ telefony                                  | 83 357 32 31  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data dodania do wykazu                             | 14.04.2020 r.   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2 *</b>            |   | transport sanitarny**                    | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |  |
| nazwa:   | Szpital I poziomu zabezpieczenia  |  | X  |             |            |                                     |                                    |                                     |              | I                                       |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Łosice 08-200, ul. Słoneczna 1  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| telefon/ telefony                                  | 83 357 32 31  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data dodania do wykazu                             | 15.09.2020 r.   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          | 03.11.2020 r.   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3 *</b>            |   | transport sanitarny**                    | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |  |
| nazwa:   | <b>PUNKT POBRAŃ</b><br>(do 19.10.2020 r.: codziennie w godz. 7.00-11.30,<br>od 20.10.2020 r. do 21.12.2020 r.: pn 15.00-19.00, wt 7.00-11.30,<br>śr 7.00-11.30, czw 15.00-19.00, pt 7.00-11.30, sb 7.00-11.30, nd 7.00-11.30<br>od 22.12.2020 r.: pn 16.00-18.00, wt 8.00-10.00, śr 8.00-10.00,<br>czw 16.00-18.00, pt 8.00-10.00, sb 8.00-10.00, nd 8.00-10.00<br>zmiana godzin w dniach:<br>24.12.2020 r.: 8.00-10.00; 31.12.2020 r.: 8.00-10.00<br>zmiana godzin akcja nauczyciel<br>11.01.2021 16:00-18:00<br>12.01.2021 08:00-12:00<br>13.01.2021 08:00-12:00<br>14.01.2021 16:00-18:00<br>15.01.2021 08:00-12:00) |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     | S            |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Łosice 08-200, ul. Słoneczna 1  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| telefon/ telefony                                  | 512 128 051   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data dodania do wykazu                             | 01.10.2020 r.   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |

|   |                                   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
|---|-----------------------------------|-----------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|--|
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4 *</b>           |                                   | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |  |
| nazwa:  | Szpital II poziomu zabezpieczenia |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łosice 08-200, ul. Słoneczna 1    |                       | X  |             |            |                                     |                                    |                                     |              | II                                      |  |
| telefon/ telefony                                 | 83 357 32 31                      |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data dodania do wykazu                            | 15.09.2020 r.                     |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 04.11.2020 r.                     |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |

|  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 48</b> | od 09.04.2020 r.  | <b>kategoria realizowanych świadczeń</b> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| nazwa:   | Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Sierpcu |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Sierpc 09-200, ul. Juliusza Słowackiego 32                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| telefon/ telefony:                                 | 24 275 85 01  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| identyfikator REGON                                | 000306762   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|   |  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
|---|--|-----------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>           |  | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:  | <b>IZBA PRZYJĘĆ</b>                        |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Sierpc 09-200, ul. Juliusza Słowackiego 32 |                       |  |             |            |                                     |                                    | X                                   |              |   |
| telefon/ telefony                                 | 24 275 85 35                               |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| Data dodania do wykazu                            | 09.04.2020 r.                              |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |

|   |  |                       |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
|---|--|-----------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2 *</b>           |  | transport sanitarny** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:  | Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny |                       |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 00-791, ul. Chocimska 24                                |                       |          |             |            |                                     | X                                  |                                     |              |   |
| telefon/ telefony                                 |  |                       |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| Data dodania do wykazu                            | 09.04.2020 r.  |                       |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 29.05.2020 r.  |                       |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |

|   |  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
|---|--|-----------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3 *</b>           |  | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:  | Szpital I poziomu zabezpieczenia           |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Sierpc 09-200, ul. Juliusza Słowackiego 32 |                       | X  |             |            |                                     |                                    |                                     |              | I                                       |
| telefon/ telefony                                 | 24 275 85 35                               |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| Data dodania do wykazu                            | 15.09.2020 r.                              |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 03.11.2020 r.                              |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |

|   |  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
|---|--|-----------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4 *</b>           |  | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:  | Szpital II poziomu zabezpieczenia          |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Sierpc 09-200, ul. Juliusza Słowackiego 32 |                       | X  |             |            |                                     |                                    |                                     |              | II                                      |
| telefon/ telefony                                 | 24 275 85 35                               |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| Data dodania do wykazu                            | 04.11.2020 r.                              |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |

|  |                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|---------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 49</b> | od 17.04.2020 r.                | <b>kategoria realizowanych świadczeń</b> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| nazwa:   | Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Warszawa 01-138, ul. Płocka 26  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|   |                                   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
|---|-----------------------------------|-----------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|--|
| telefon/ telefony:                                | 22 431 24 28                      |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| identyfikator REGON                               | 000288490                         |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>           |                                   | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |  |
| nazwa:  | IZBA PRZYJĘĆ                      |                       |  |             |            |                                     |                                    | X                                   |              |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 01-138, ul. Płocka 26    |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| telefon/ telefony                                 | 22 431 22 22                      |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data dodania do wykazu                            | 17.04.2020 r.                     |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2 *</b>           |                                   | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |  |
| nazwa:  | Szpital I poziomu zabezpieczenia  |                       | X  |             |            |                                     |                                    |                                     |              | I                                       |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 01-138, ul. Płocka 26    |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| telefon/ telefony                                 | 22 431 22 22                      |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data dodania do wykazu                            | 15.09.2020 r.                     |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 18.10.2020 r.                     |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3 *</b>           |                                   | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |  |
| nazwa:  | Szpital II poziomu zabezpieczenia |                       | X  |             |            |                                     |                                    |                                     |              | II                                      |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 01-138, ul. Płocka 26    |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| telefon/ telefony                                 | 22 431 22 22                      |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data dodania do wykazu                            | 19.10.2020 r.                     |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |

|  |  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
|--|--|--|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 50</b> | od 08.04.2020 r.   | <b>kategoria realizowanych świadczeń</b> |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| nazwa:   | Samodzielny Publiczny Zespól Zakładów Opieki Zdrowotnej - Szpital w Iłży |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Iłża 27-100, ul. Bodzentyńska 17   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| telefon/ telefony:                                 | 48 616 31 75, 48 616 30 63, 48 616 31 75                                 |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| identyfikator REGON                                | 670902293  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>            |  | transport sanitarny**                    | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |  |
| nazwa:   | IZBA PRZYJĘĆ   |  |  |             |            |                                     |                                    | X                                   |              |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Iłża 27-100, ul. Danuty Siedzikówny "Inki" 4                             |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| telefon/ telefony                                  | 48 368 17 50   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data dodania do wykazu                             | 08.04.2020 r.  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2 *</b>            |  | transport sanitarny**                    | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |  |
| nazwa:   | Szpital I poziomu zabezpieczenia   |  | X  |             |            |                                     |                                    |                                     |              | I                                       |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Iłża 27-100, ul. Danuty Siedzikówny "Inki" 4                             |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| telefon/ telefony                                  | 48 368 17 50   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data dodania do wykazu                             | 15.09.2020 r.  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          | 04.11.2020 r.  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |



| Miejsce udzielania świadczeń 3 *                  |  | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|--|-----------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:  | Szpital II poziomu zabezpieczenia            |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              | II                               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Iłża 27-100, ul. Danuty Siedzikówny "Inki" 4 |                       | X  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 48 368 17 50                                 |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 05.11.2020 r.                                |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 03.01.2021 r.                                |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 *                  |  | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | Szpital I poziomu zabezpieczenia             |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              | I                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Iłża 27-100, ul. Danuty Siedzikówny "Inki" 4 |                       | X  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 48 368 17 50                                 |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 04.01.2021 r.                                |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 25.02.2021 r.                                |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 5 *                  |  | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | Szpital II poziomu zabezpieczenia            |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              | II                               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Iłża 27-100, ul. Danuty Siedzikówny "Inki" 4 |                       | X  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 48 368 17 50                                 |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 26.02.2021 r.                                |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 51       |  | kategoria realizowanych świadczeń |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
|---|--|-----------------------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| od 07.04.2020 r.                                  |  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| nazwa:  | Szpital Specjalistyczny im. Świętej Rodziny Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-544, ul. Madalińskiego 25  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony:                                | 22 450 22 00   |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| identyfikator REGON                               | 012045743  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |  | transport sanitarny**             | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | IZBA PRZYJĘĆ   |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              | X                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-544, ul. Madalińskiego 25  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 691 315 859  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 07.04.2020 r.  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 *                  |  | transport sanitarny**             | leczenie                                 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | Diagnostyka Sp. z o. o., Kraków 31-864, ul. Prof. Życzkowskiego 16                         |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              | X                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kraków 31-864, ul. Prof. Życzkowskiego 16  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 691 315 859  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 17.04.2020 r.  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 30.05.2020 r.  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 *                  |  | transport sanitarny**             | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | Szpital I poziomu zabezpieczenia   |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

|   |                                       |   |  |  |  |  |  |  |  |   |
|---|---------------------------------------|---|--|--|--|--|--|--|--|---|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-544, ul. Madalińskiego 25 | X |  |  |  |  |  |  |  | I |
| telefon/ telefony                                 | 691 315 859                           |   |  |  |  |  |  |  |  |   |
| Data dodania do wykazu                            | 15.09.2020 r.                         |   |  |  |  |  |  |  |  |   |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                       |   |  |  |  |  |  |  |  |   |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 52       |  | kategoria realizowanych świadczeń |   |             |            |   |                                       |   |                 |  |  |
|---|--|-----------------------------------|---|-------------|------------|---|---------------------------------------|---|-----------------|--|--|
| nazwa:  | Szpital Czerniakowski Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością                        |                                   |   |             |            |   |                                       |   |                 |  | Poziom<br>zabezpieczenia<br>COVID - 19 |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 00-739, ul. Stępińska 19/25   |                                   |   |             |            |   |                                       |   |                 |  |  |
| telefon/ telefony:                                | 22 318 60 00   |                                   |   |             |            |   |                                       |   |                 |  |  |
| identyfikator REGON                               | 011026815  |                                   |   |             |            |   |                                       |   |                 |  |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |  | transport<br>sanitarny**          | leczenie                                    | izolatorium | teleporada | dorażne<br>świadczenia<br>stomatologiczne | test na obecność<br>wirusa SARS-CoV-2 | wstępna<br>kwalifikacja<br>typu pretriage | punkt<br>pobrań |  |  |
| nazwa:  | ALAB laboratoria sp. z o.o., Medyczne Laboratorium Diagnostyczne, Pracownia Genetyki |                                   |   |             |            |   | X                                     |   |                 |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 00-739, ul. Stępińska 22/30   |                                   |   |             |            |   |                                       |   |                 |  |  |
| telefon/ telefony                                 |  |                                   |   |             |            |   |                                       |   |                 |  |  |
| Data dodania do wykazu                            | 04.04.2020 r.  |                                   |   |             |            |   |                                       |   |                 |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 30.05.2020 r.  |                                   |   |             |            |   |                                       |   |                 |  |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 *                  |  | transport<br>sanitarny**          | leczenie/ obserwacja<br>w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne<br>świadczenia<br>stomatologiczne | test na obecność<br>wirusa SARS-CoV-2 | wstępna<br>kwalifikacja<br>typu pretriage | punkt<br>pobrań |  | Poziom<br>zabezpieczenia<br>COVID - 19 |
| nazwa:  | Szpital I poziomu zabezpieczenia   |                                   | X   |             |            |   |                                       |   |                 |  | I                                      |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 00-739, ul. Stępińska 19/25   |                                   |   |             |            |   |                                       |   |                 |  |  |
| telefon/ telefony                                 | 22 318 60 00   |                                   |   |             |            |   |                                       |   |                 |  |  |
| Data dodania do wykazu                            | 15.09.2020 r   |                                   |   |             |            |   |                                       |   |                 |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 07.10.2020 r.  |                                   |   |             |            |   |                                       |   |                 |  |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 *                  |  | transport<br>sanitarny**          | leczenie/ obserwacja<br>w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne<br>świadczenia<br>stomatologiczne | test na obecność<br>wirusa SARS-CoV-2 | wstępna<br>kwalifikacja<br>typu pretriage | punkt<br>pobrań |  | Poziom<br>zabezpieczenia<br>COVID - 19 |
| nazwa:  | Szpital II poziomu zabezpieczenia  |                                   | X   |             |            |   |                                       |   |                 |  | II                                     |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 00-739, ul. Stępińska 19/25   |                                   |   |             |            |   |                                       |   |                 |  |  |
| telefon/ telefony                                 | 22 318 60 00   |                                   |   |             |            |   |                                       |   |                 |  |  |
| Data dodania do wykazu                            | 08.10.2020 r.  |                                   |   |             |            |   |                                       |   |                 |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                                   |   |             |            |   |                                       |   |                 |  |  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 53       |   | kategoria realizowanych świadczeń |   |             |            |   |                                       |   |                 |  |  |
|---|---|-----------------------------------|---|-------------|------------|---|---------------------------------------|---|-----------------|--|--|
| nazwa:  | Szpital Dziecięcy im. prof. dr. med. Jana Bogdanowicza Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej |                                   |   |             |            |   |                                       |   |                 |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 03-924, ul. Niekańska 4/24   |                                   |   |             |            |   |                                       |   |                 |  |  |
| telefon/ telefony:                                | 22 617 70 73  |                                   |   |             |            |   |                                       |   |                 |  |  |
| identyfikator REGON                               | 000297359   |                                   |   |             |            |   |                                       |   |                 |  |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |   | transport<br>sanitarny**          | leczenie/ obserwacja<br>w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne<br>świadczenia<br>stomatologiczne | test na obecność<br>wirusa SARS-CoV-2 | wstępna<br>kwalifikacja<br>typu pretriage | punkt<br>pobrań |  | Poziom<br>zabezpieczenia<br>COVID - 19 |
| nazwa:  | SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY   |                                   |   |             |            |   |                                       | X   |                 |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 03-924, ul. Niekańska 4/24   |                                   |   |             |            |   |                                       |   |                 |  |  |
| telefon/ telefony                                 | 22 509 84 12  |                                   |   |             |            |   |                                       |   |                 |  |  |
| Data dodania do wykazu                            | 07.04.2020 r.   |                                   |   |             |            |   |                                       |   |                 |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                   |   |             |            |   |                                       |   |                 |  |  |

| Miejsce udzielania świadczeń 2 *                  |                                     | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|-------------------------------------|-----------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:  | Szpital I poziomu zabezpieczenia    |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 03-924, ul. Niekańska 4/24 |                       | X  |             |            |                                     |                                    |                                     |              | I                                |
| telefon/ telefony                                 | 22 509 84 12                        |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 15.09.2020 r.                       |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                     |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 54       | od 04.04.2020 r.   | kategoria realizowanych świadczeń |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|--|-----------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| nazwa:  | Mazowiecki Szpital Specjalistyczny Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością |                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Radom 26-617, ul. Juliana Aleksandowicza 5                                 |                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| telefon/ telefony:                                | 48 361 30 00   |                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| identyfikator REGON                               | 670209356  |                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |  | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|--|-----------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:  | SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY                |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Radom 26-617, ul. Juliana Aleksandowicza 5 |                       |  |             |            |                                     |                                    | X                                   |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 48 361 31 81                               |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 07.04.2020 r.                              |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

| Miejsce udzielania świadczeń 2 *                  |  | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|--|-----------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:  | PUNKT POBRAŃ<br>(do 08.09.2020 r.: pn-pt 15.00-17.00, sb-nd 9.00-11.00, od 09.09.2020 r.: pn-pt 14.30-18.45, sb-nd 9.00-13.15) |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Radom 26-617, ul. Juliana Aleksandowicza 5   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     | S            |                                  |
| telefon/ telefony                                 | do dnia 21.05.2020 r. - 608 481 123, od dnia 22.05.2020 r. - 48 361 48 28  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 11.05.2020 r.  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

| Miejsce udzielania świadczeń 3 *                  |  | transport sanitarny** | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|--|-----------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:  | Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny |                       |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 00-791, ul. Chocimska 24                                |                       |          |             |            |                                     | X                                  |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 |  |                       |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 04.04.2020 r.  |                       |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 30.05.2020 r.  |                       |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

| Miejsce udzielania świadczeń 4 *                  |  | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|--|-----------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:  | Szpital I poziomu zabezpieczenia           |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Radom 26-617, ul. Juliana Aleksandowicza 5 |                       | X  |             |            |                                     |                                    |                                     |              | I                                |
| telefon/ telefony                                 | 48 361 31 81                               |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 15.09.2020 r.                              |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 05.11.2020 r.                              |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

| Miejsce udzielania świadczeń 5 *                  |  | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|--|-----------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:  | Szpital II poziomu zabezpieczenia          |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              | II                               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Radom 26-617, ul. Juliana Aleksandowicza 5 |                       | X  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 48 361 31 81                               |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 06.11.2020 r.                              |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 55       | od 07.04.2020 r.  | kategoria realizowanych świadczeń |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
|---|---|-----------------------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:  | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Sokolowie Podlaskim  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Sokolów Podlaski 08-300, ul. ks. J. Bosko 5   |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony:                                | 25 781 73 00  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| identyfikator REGON                               | 000306779   |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |   | transport sanitarny**             | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | IZBA PRZYJĘĆ  |                                   |  |             |            |                                     |                                    | X                                   |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Sokolów Podlaski 08-300, ul. ks. J. Bosko 5   |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 25 781 72 99  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 07.04.2020 r.   |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 *                  |   | transport sanitarny**             | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | PUNKT POBRAŃ<br>(do 18.09.2020 r.: pn-pt 16.00-18.00; sb-nd 7.00-9.00;<br>od 19.09.2020 r. 19.10.2020 r.: pn-pt 15.00-19.15; sb-nd 7.00-11.15,<br>od 20.10.2020 r. do 21.12.2020 r.: pn 14.00-19.00, wt. 14.00-19.00, śr 14.00-19.00, czw 14.00-19.00, pt 14.00-19.00, sb 7.00-12.00, nd 7.00-12.00<br>od 22.12.2020 r.: pn 15.00-19.00, wt 15.00-19.00, śr 15.00-19.00, czw 15.00-19.00, pt 15.00-19.00, sb 8.00-12.00, nd 8.00-12.00) |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     | S            |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Sokolów Podlaski 08-300, ul. ks. J. Bosko 5   |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 532 452 472   |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 18.05.2020 r.   |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 *                  |   | transport sanitarny**             | leczenie                                 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 00-791, ul. Chocimska 24   |                                   |  |             |            |                                     | X                                  |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 |   |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 30.04.2020 r.   |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 30.05.2020 r.   |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 *                  |   | transport sanitarny**             | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | Szpital I poziomu zabezpieczenia  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

|   |   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |    |
|---|---|-----------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|--|----|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Sokołów Podlaski 08-300, ul. ks. J. Bosko 5 |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  | I  |
| telefon/ telefony                                 | 25 781 72 99                                |                       | X  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |    |
| Data dodania do wykazu                            | 15.09.2020 r.                               |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |    |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 25.10.2020 r.                               |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 5 *</b>           |   | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |  |    |
| nazwa:  | Szpital II poziomu zabezpieczenia           |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Sokołów Podlaski 08-300, ul. ks. J. Bosko 5 |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |    |
| telefon/ telefony                                 | 25 781 72 99                                |                       | X  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  | II |
| Data dodania do wykazu                            | 26.10.2020 r.                               |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |    |

| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 56</b> |  | <b>kategoria realizowanych świadczeń</b> |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |   |   |
|--|--|--|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|---|---|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | od 09.04.2020 r.   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |   |   |
| nazwa:   | Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |   |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Mińsk Mazowiecki 05-300, ul. Szpitalna 37  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |   |   |
| telefon/ telefony:                                 | 25 506 51 00   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |   |   |
| identyfikator REGON                                | 712351100  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |   |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>            |  | transport sanitarny**                    | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |   |   |
| nazwa:   | <b>SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY</b>   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |   |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Mińsk Mazowiecki 05-300, ul. Szpitalna 37  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |   |   |
| telefon/ telefony                                  | 25 758 30 01   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  | X |   |
| Data dodania do wykazu                             | 09.04.2020 r.  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |   |   |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |   |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2 *</b>            |  | transport sanitarny**                    | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |   |   |
| nazwa:   | Szpital I poziomu zabezpieczenia   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |   |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Mińsk Mazowiecki 05-300, ul. Szpitalna 37  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |   |   |
| telefon/ telefony                                  | 25 758 30 01   |  | X  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |   | I |
| Data dodania do wykazu                             | 15.09.2020 r.  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |   |   |
| Data wykreślenia z wykazu                          | 04.10.2020 r.  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |   |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3 *</b>            |  | transport sanitarny**                    | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |   |   |
| nazwa:   | <b>PUNKT POBRAŃ</b><br>(do 19.10.2020 r.: codziennie w godz. 8.00-13.00, od 20.10.2020 r. do 20.12.2020 r.: pn 8.00-13.00, wt 15.00-20.00, śr 8.00-13.00, czw 15.00-20.00, pt 8.00-13.00, sb 8.00-13.00, nd 8.00-13.00<br>od 21.12.2020 r.: pn 12.00-14.30, wt 8.00-10.30, śr 8.00-10.30, czw 8.00-10.30, pt 8.00-10.30, sb 8.00-10.30, nd 8.00-10.30) |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |   |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Mińsk Mazowiecki 05-300, ul. Szpitalna 37  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |   |   |
| telefon/ telefony                                  | 25 506 53 72   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |   |   |
| Data dodania do wykazu                             | 22.09.2020 r.  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |   |   |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |   | S |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4 *</b>            |  | transport sanitarny**                    | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |   |   |
| nazwa:   | Szpital II poziomu zabezpieczenia  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |   |   |

|   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |    |
|---|---|---|--|--|--|--|--|--|--|----|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Mińsk Mazowiecki 05-300, ul. Szpitalna 37 | X |  |  |  |  |  |  |  | II |
| telefon/ telefony                                 | 25 758 30 01                              |   |  |  |  |  |  |  |  |    |
| Data dodania do wykazu                            | 05.10.2020 r.                             |   |  |  |  |  |  |  |  |    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |   |  |  |  |  |  |  |  |    |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 57       |   | kategoria realizowanych świadczeń |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |  |  |
|---|---|-----------------------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|--|--|--|
| nazwa:  | Samodzielny Publiczny Specjalistyczny Szpital Zachodni im. św. Jana Pawła II  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grodzisk Mazowiecki 05-825, ul. Daleka 11   |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |  |  |
| telefon/ telefony:                                | 22 755 91 11  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |  |  |
| identyfikator REGON                               | 000311639   |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |  |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |   | transport sanitarny**             | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |  |  |  |
| nazwa:  | SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY   |                                   |  |             |            |                                     |                                    | X                                   |              |                                  |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grodzisk Mazowiecki 05-825, ul. Daleka 11   |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |  |  |
| telefon/ telefony                                 | 22 755 90 75  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |  |  |
| Data dodania do wykazu                            | 07.04.2020 r.   |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |  |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 *                  |   | transport sanitarny**             | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |  |  |  |
| nazwa:  | <b>PUNKT POBRAŃ</b><br>(do 20.05.2020 r.: pn-pt 12.00-14.00; sb-nd 8.30-10.30;<br>od 21.05.2020 do 23.08.2020 r.: codziennie 8.00-10.00;<br>od 24.08.2020 r. do 07.09.2020 r.: codziennie 7.30-10.00;<br>od 08.09.2020 r. 19.10.2020 r.: codziennie 7.30-11.40,<br>od 20.10.2020 r. do 22.10.2020 r.:<br>pn 7.30-12.00, wt 7.30-12.00, 15.00-17.00,<br>śr 7.30-12.00, czw 7.30-12.00, 15.00-17.00,<br>pt 7.30-12.00, sb 7.30-12.00, nd 7.30-12.00,<br>od 23.10.2020 r. do 13.12.2020 r.: pn 7.30-17.00, wt 7.30-17.00,<br>śr 7.30-17.00, czw 7.30-17.00, pt 7.30-17.00, sb 7.30-12.00, nd 7.30-12.00)<br>od 14.12.2020 r. do 08.02.2021 r.: pn 7.30-14.00, wt 7.30-17.00,<br>śr 7.30-14.00, czw 7.30-17.00, pt 7.30-14.00, sb 7.30-10.00, nd 7.30-10.00<br>zmiana godzin w dniach:<br>24.12.2020 7:30-12:00; 31.12.2020 7:30-12:00<br>od 09.02.2021 r. do 13.02.2021 r.: pn 8.00-12.00, wt 8.00-12.00, śr 8.00-12.00, czw 8.00-12.00, pt 8.00-12.00, sb - nieczynny, nd 8.00-10.00<br>od 14.02.2021 r.: pn 8.00-12.00, wt 8.00-12.00, śr 8.00-12.00, czw 8.00-12.00, pt 8.00-12.00, sb 8.00-10.00, nd 8.00-10.00) |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     | S            |                                  |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grodzisk Mazowiecki 05-825, ul. Daleka 11   |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |  |  |
| telefon/ telefony                                 | 22 755 90 63  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |  |  |
| Data dodania do wykazu                            | 11.05.2020 r.   |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |  |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 *                  |   | transport sanitarny**             | leczenie                                 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |  |  |  |
| nazwa:  | Zakład Mikrobiologii  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grodzisk Mazowiecki 05-825, ul. Daleka 11   |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |  |  |

|   |   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |    |
|---|---|-----------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|----|
| telefon/ telefony                                 | 22 755 90 65                              |                       |  |             |            |                                     |                                    | X                                   |              |   |    |
| Data dodania do wykazu                            | 06.05.2020 r.                             |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |    |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 30.05.2020 r.                             |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4 *</b>           |   | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |    |
| nazwa:  | Szpital I poziomu zabezpieczenia          |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grodzisk Mazowiecki 05-825, ul. Daleka 11 |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |    |
| telefon/ telefony                                 | 22 755 90 75                              |                       | X  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   | I  |
| Data dodania do wykazu                            | 15.09.2020 r.                             |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |    |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 19.10.2020 r.                             |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 5 *</b>           |   | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |    |
| nazwa:  | Szpital II poziomu zabezpieczenia         |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grodzisk Mazowiecki 05-825, ul. Daleka 11 |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |    |
| telefon/ telefony                                 | 22 755 90 75                              |                       | X  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   | II |
| Data dodania do wykazu                            | 20.10.2020 r.                             |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |    |

|  |   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |   |
|--|---|--|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|---|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 58</b> | od 07.04.2020 r.  | <b>kategoria realizowanych świadczeń</b> |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |   |
| nazwa:   | Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Pruszkowie  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Pruszków 05-800, ul. Armii Krajowej 2/4   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |   |
| telefon/ telefony:                                 | 22 758 80 02  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |   |
| identyfikator REGON                                | 000310290   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>            |   | transport sanitarny**                    | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |   |
| nazwa:   | <b>IZBA PRZYJĘĆ</b>   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Pruszków 05-800, ul. Armii Krajowej 2/4   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |   |
| telefon/ telefony                                  | 22 758 60 55  |  |  |             |            |                                     |                                    | X                                   |              |   |   |
| Data dodania do wykazu                             | 07.04.2020 r.   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |   |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2 *</b>            |   | transport sanitarny**                    | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |   |
| nazwa:   | Szpital I poziomu zabezpieczenia  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Pruszków 05-800, ul. Armii Krajowej 2/4   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |   |
| telefon/ telefony                                  | 22 758 60 55  |  | X  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   | I |
| Data dodania do wykazu                             | 15.09.2020 r.   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |   |
| Data wykreślenia z wykazu                          | 06.10.2020 r.   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3 *</b>            |   | transport sanitarny**                    | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |   |
| nazwa:   | <b>PUNKT POBRAŃ</b><br>(do 21.12.2020 r.: codziennie 10.00-15.00<br>od 22.12.2020 r.: pn 15.00-20.00, wt 10.00.-15.00, śr 15.00-20.00, czw 10.00-15.00, pt 10.00-15.00, sb 10.00-12.00, nd 10.00-12.00) |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Pruszków 05-800, ul. Armii Krajowej 2/4   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |   |
| telefon/ telefony                                  | 22 758 60 55  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   | S |

|   |   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
|---|---|-----------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|--|
| Data dodania do wykazu                            | 21.09.2020 r.                           |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4 *</b>           |   | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |  |
| nazwa:  | Szpital II poziomu zabezpieczenia       |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Pruszków 05-800, ul. Armii Krajowej 2/4 |                       | X  |             |            |                                     |                                    |                                     |              | II                                      |  |
| telefon/ telefony                                 | 22 758 60 55                            |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data dodania do wykazu                            | 07.10.2020 r.                           |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 27.10.2020 r.                           |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 5 *</b>           |   | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |  |
| nazwa:  | Szpital I poziomu zabezpieczenia        |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Pruszków 05-800, ul. Armii Krajowej 2/4 |                       | X  |             |            |                                     |                                    |                                     |              | I                                       |  |
| telefon/ telefony                                 | 22 758 60 55                            |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data dodania do wykazu                            | 28.10.2020 r.                           |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |

|  |   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
|--|---|--|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 59</b> | od 14.04.2020 r.                                  | <b>kategoria realizowanych świadczeń</b> |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| nazwa:   | Powiatowe Centrum Medyczne w Grójcu Spółka z o.o. |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Grójec 05-600, ul. ks. Piotra Skargi 10           |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| telefon/ telefony:                                 | 48 664 91 01                                      |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| identyfikator REGON                                | 142203546   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>            |   | transport sanitarny**                    | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |  |
| nazwa:   | IZBA PRZYJĘĆ                                      |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Grójec 05-600, ul. ks. Piotra Skargi 10           |  |  |             |            |                                     |                                    | X                                   |              |   |  |
| telefon/ telefony                                  | 48 664 91 00                                      |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data dodania do wykazu                             | 14.04.2020 r.                                     |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2 *</b>            |   | transport sanitarny**                    | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |  |
| nazwa:   | Szpital I poziomu zabezpieczenia                  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Grójec 05-600, ul. ks. Piotra Skargi 10           |  | X  |             |            |                                     |                                    |                                     |              | I                                       |  |
| telefon/ telefony                                  | 48 664 91 00                                      |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data dodania do wykazu                             | 15.09.2020 r.                                     |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |

|  |   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
|--|---|--|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 60</b> | od 10.04.2020 r.                            | <b>kategoria realizowanych świadczeń</b> |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| nazwa:   | Szpital Kliniczny im. ks. Anny Mazowieckiej |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Warszawa 00-315, ul. Karowa 2               |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| telefon/ telefony:                                 | 22 596 61 60                                |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| identyfikator REGON                                | 001372229                                   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>            |   | transport sanitarny**                    | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |  |
| nazwa:   | IZBA PRZYJĘĆ                                |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Warszawa 00-315, ul. Karowa 2               |  |  |             |            |                                     |                                    | X                                   |              |   |  |
| telefon/ telefony                                  | 22 596 61 35                                |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |



|   |  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
|---|--|-----------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|--|
| Data dodania do wykazu                            | 10.04.2020 r.  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2 *</b>           |  | transport sanitarny** | leczenie                                 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |  |
| nazwa:  | Instytut Hematologii i Transfuzjologii                           |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-776, ul. Indiry Gandi 14                             |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| telefon/ telefony                                 | 22 59 66 429   |                       |  |             |            |                                     | X                                  |                                     |              |   |  |
| Data dodania do wykazu                            | 17.04.2020 r.  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 30.05.2020r.   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3 *</b>           |  | transport sanitarny** | leczenie                                 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |  |
| nazwa:  | Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 00-791, ul. Chocimska 24                                |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| telefon/ telefony                                 |  |                       |  |             |            |                                     | X                                  |                                     |              |   |  |
| Data dodania do wykazu                            | 21.05.2020 r.  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 30.05.2020 r.  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4 *</b>           |  | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |  |
| nazwa:  | Szpital I poziomu zabezpieczenia                                 |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 00-315, ul. Karowa 2                                    |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| telefon/ telefony                                 | 22 596 61 35   |                       | X  |             |            |                                     |                                    |                                     |              | I                                       |  |
| Data dodania do wykazu                            | 15.09.2020 r.  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |

|  |  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
|--|--|--|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 61</b> | od 07.04.2020 r.   | <b>kategoria realizowanych świadczeń</b> |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| nazwa:   | Szpital Bielański im. ks. Jerzego Popiełuszki Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Warszawa 01-809, ul. Ceglowska 80  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| telefon/ telefony:                                 | 22 569 05 00   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| identyfikator REGON                                | 012298697  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>            |  | transport sanitarny**                    | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |  |
| nazwa:   | <b>SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY</b>   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Warszawa 01-809, ul. Ceglowska 80  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| telefon/ telefony                                  | 22 569 01 20   |  |  |             |            |                                     |                                    | X                                   |              |   |  |
| Data dodania do wykazu                             | 07.04.2020 r.  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2*</b>             |  | transport sanitarny**                    | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |  |
| nazwa:   | Szpital I poziomu zabezpieczenia   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Warszawa 01-809, ul. Ceglowska 80  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| telefon/ telefony                                  | 22 569 01 20   |  | X  |             |            |                                     |                                    |                                     |              | I                                       |  |
| Data dodania do wykazu                             | 15.09.2020 r.  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          | 31.10.2020 r.  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |

| Miejsce udzielania świadczeń 3*                   |                                   | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|-----------------------------------|-----------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:  | Szpital II poziomu zabezpieczenia |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              | II                               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 01-809, ul. Ceglowska 80 |                       | X  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 22 569 01 20                      |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 01.11.2020 r.                     |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 62       | od 07.04.2020 r.   | kategoria realizowanych świadczeń |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|--|-----------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| nazwa:  | Mazowiecki Szpital Wojewódzki im. św. Jana Pawła II w Siedlcach Sp. z o.o. |                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Siedlce 08-110, ul. Poniatowskiego 26                                      |                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| telefon/ telefony:                                | 25 640 32 00   |                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| identyfikator REGON                               | 141944750  |                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |                                       | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|---------------------------------------|-----------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:  | SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY           |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              | I                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Siedlce 08-110, ul. Poniatowskiego 26 |                       |  |             |            |                                     |                                    | X                                   |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 25 640 33 30                          |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 07.04.2020 r.                         |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                       |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

| Miejsce udzielania świadczeń 2*                   |                                       | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|---------------------------------------|-----------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:  | Szpital I poziomu zabezpieczenia      |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              | II                               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Siedlce 08-110, ul. Poniatowskiego 26 |                       | X  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 25 640 33 30                          |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 15.09.2020 r.                         |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 21.10.2020                            |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

| Miejsce udzielania świadczeń 3*                   |                                       | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|---------------------------------------|-----------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:  | Szpital II poziomu zabezpieczenia     |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              | II                               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Siedlce 08-110, ul. Poniatowskiego 26 |                       | X  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 25 640 33 30                          |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 22.10.2020 r.                         |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                       |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

| Miejsce udzielania świadczeń 4*                   |   | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|---|-----------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:  | Szpital tymczasowy - zgodnie z Decyzją Ministra Zdrowia |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              | szpital tymczasowy               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Siedlce 08-110, ul. Poniatowskiego 26                   |                       | X  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 25 640 33 30  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 04.12.2020 r.   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 63       | od 08.04.2020 r.  | kategoria realizowanych świadczeń |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|---|-----------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| nazwa:  | Wojewódzki Samodzielny Zespół Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej im. profesora Eugeniusza Wilczkowskiego w Gostyninie |                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gostynin 09-500, Zalesie 1  |                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |

|   |                            |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
|---|----------------------------|-----------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|--|
| telefon/ telefony:                                | 24 236 00 00 lub 01        |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| identyfikator REGON                               | 000291724                  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>           |                            | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |  |
| nazwa:  | <b>IZBA PRZYJĘĆ</b>        |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gostynin 09-500, Zalesie 1 |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| telefon/ telefony                                 | 24 236 00 15, 24 236 00 60 |                       |  |             |            |                                     |                                    | X                                   |              |   |  |
| Data dodania do wykazu                            | 08.04.2020 r.              |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                            |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |

|  |   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
|--|---|--|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 64</b> | od 07.04.2020 r.  | <b>kategoria realizowanych świadczeń</b> |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| nazwa:   | Mazowieckie Specjalistyczne Centrum Zdrowia im. prof. Jana Mazurkiewicza w Pruszkowie |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Pruszków 05-802, ul. Partyzantów 2/4  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| telefon/ telefony:                                 | 22 758 60 05  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| identyfikator REGON                                | 000687617   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>            |   | transport sanitarny**                    | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |  |
| nazwa:   | <b>IZBA PRZYJĘĆ</b>   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Pruszków 05-802, ul. Partyzantów 2/4  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| telefon/ telefony                                  | 22 739 13 26  |  |  |             |            |                                     |                                    | X                                   |              |   |  |
| Data dodania do wykazu                             | 07.04.2020 r.   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |

|  |  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
|--|--|--|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 65</b> | od 10.04.2020 r.   | <b>kategoria realizowanych świadczeń</b> |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| nazwa:   | Powiatowe Centrum Zdrowia Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością w restrukturyzacji |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Otwock 05-400, ul. Batorego 44   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| telefon/ telefony:                                 | 22 778 26 00   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| identyfikator REGON                                | 146378640  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>            |  | transport sanitarny**                    | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |  |
| nazwa:   | <b>IZBA PRZYJĘĆ</b>  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Otwock 05-400, ul. Batorego 44   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| telefon/ telefony                                  | 22 778 26 00   |  |  |             |            |                                     |                                    | X                                   |              |   |  |
| Data dodania do wykazu                             | 10.04.2020 r.  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2 *</b>            |  | transport sanitarny**                    | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |  |

|  |  |   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
|--|--|---|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|
| nazwa:   |  | <b>PUNKT POBRAŃ</b><br>(do 30.06.2020 r.: pn, czw, pt: 13.00-15.00; wt, śr, sb, nd: 8.00-10.00;<br>od 01.07.2020 r. do 04.10.2020 r.: codziennie w godz. 8.00-10.00;<br>od 05.10.2020 r. do 19.10.2020 r.: pn-pt: 7.30-11.45, sb-nd: 7.00-11.15,<br><b>od 20.10.2020 r. do 25.10.2020 r.:</b> pn 7.30-12.00, wt 12.30-17.00, śr 7.30-12.00, czw 12.30-17.00, pt 7.30-12.00, sb 7.00-11.30, nd 7.00-11.30,<br><b>od 26.10.2020 r.:</b> pn 7.00-12.00, wt 12.00-17.00, śr 7.00-12.00, czw 12.00-17.00, pt 7.00-12.00, sb 7.00-12.00, nd 7.00-12.00) |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |  | Otwock 05-400, ul. Batorego 44  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| telefon/ telefony                                  |  | 783 131 131   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| Data dodania do wykazu                             |  | 18.05.2020 r.   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3*</b>             |  | transport sanitarny**   | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:   |  | Szpital I poziomu zabezpieczenia  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |  | Otwock 05-400, ul. Batorego 44  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| telefon/ telefony                                  |  | 22 778 26 00  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| Data dodania do wykazu                             |  | 15.09.2020 r.   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  | 22.10.2020 r.   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4*</b>             |  | transport sanitarny**   | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:   |  | Szpital II poziomu zabezpieczenia   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |  | Otwock 05-400, ul. Batorego 44  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| telefon/ telefony                                  |  | 22 778 26 00  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| Data dodania do wykazu                             |  | 23.10.2020 r.   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 66</b> |  | od 04.04.2020 r.  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| nazwa:   |  | Instytut Psychiatrii i Neurologii   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |  | Warszawa 02-957, ul. Sobieskiego 9  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| telefon/ telefony:                                 |  | 22 458 28 00  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| identyfikator REGON                                |  | 000288509   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>            |  | transport sanitarny**   | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:   |  | <b>IZBA PRZYJĘĆ</b>   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |  | Warszawa 02-957, ul. Sobieskiego 9  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| telefon/ telefony                                  |  | 22 458 28 30  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| Data dodania do wykazu                             |  | 08.04.2020 r.   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2 *</b>            |  | transport sanitarny**   | leczenie                                 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:   |  | ALAB laboratoria sp. z o.o., Medyczne Laboratorium Diagnostyczne, Pracownia Genetyki  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  |  | Warszawa 00-739, ul. Stępińska 22/30  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| telefon/ telefony                                  |  | 22 349 60 12  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |

|   |                                    |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
|---|------------------------------------|-----------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|--|
| Data dodania do wykazu                            | 04.04.2020 r.                      |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 30.05.2020 r.                      |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3*</b>            |                                    | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |  |
| nazwa:  | Szpital I poziomu zabezpieczenia   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-957, ul. Sobieskiego 9 |                       | X  |             |            |                                     |                                    |                                     |              | I                                       |  |
| telefon/ telefony                                 | 22 458 28 30                       |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data dodania do wykazu                            | 15.09.2020 r.                      |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                    |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |

|  |  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
|--|--|--|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 67</b> | od 10.04.2020 r.   | <b>kategoria realizowanych świadczeń</b> |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| nazwa:   | Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Żuromin 09-300, ul. Szpitalna 56   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| telefon/ telefony:                                 | 23 657 22 01   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| identyfikator REGON                                | 000301279  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>            |  | transport sanitarny**                    | leczenie                                 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |  |
| nazwa:   | ALAB laboratoria sp. z o.o., Medyczne Laboratorium Diagnostyczne, Pracownia Genetyki   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Warszawa 00-739, ul. Stępińska 22/30   |  |  |             |            |                                     | X                                  |                                     |              |   |  |
| telefon/ telefony                                  | 23 657 21 90   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data dodania do wykazu                             | 16.04.2020 r.  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          | 30.05.2020 r.  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2 *</b>            |  | transport sanitarny**                    | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |  |
| nazwa:   | <b>IZBA PRZYJĘĆ</b>  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Żuromin 09-300, ul. Szpitalna 56   |  |  |             |            |                                     |                                    | X                                   |              |   |  |
| telefon/ telefony                                  | 23 657 22 01   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data dodania do wykazu                             | 10.04.2020 r.  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3*</b>             |  | transport sanitarny**                    | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |  |
| nazwa:   | Szpital I poziomu zabezpieczenia   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Żuromin 09-300, ul. Szpitalna 56   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| telefon/ telefony                                  | 23 657 22 01   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data dodania do wykazu                             | 15.09.2020 r.  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          | 05.11.2020 r.  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4 *</b>            |  | transport sanitarny**                    | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |  |
| nazwa:   | <b>PUNKT POBRAŃ</b><br>(do 19.10.2020 r.: codziennie w godz. 7.00-12.00, od 20.10.2020 r.: pn 7.00-12.00, wt 15.00-20.00, śr 7.00-12.00, czw 15.00-20.00, pt 7.00-12.00, sb 7.00-12.00, nd 7.00-12.00) |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Żuromin 09-300, ul. Szpitalna 56   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| telefon/ telefony                                  | 23 657 22 01 wew. 316; 538 817 121   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data dodania do wykazu                             | 28.09.2020 r.  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     | S            |   |  |

|   |                                   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
|---|-----------------------------------|-----------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|--|
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 5*</b>            |                                   | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |  |
| nazwa:  | Szpital II poziomu zabezpieczenia |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zuromin 09-300, ul. Szpitalna 56  |                       | X  |             |            |                                     |                                    |                                     |              | II                                      |  |
| telefon/ telefony                                 | 23 657 22 01                      |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data dodania do wykazu                            | 06.11.2020 r.                     |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |

|  |  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
|--|--|--|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 68</b> | od 20.04.2020 r.   | <b>kategoria realizowanych świadczeń</b> |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| nazwa:   | Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Wyszkwie   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Wyszków 07-200, ul. Komisji Edukacji Narodowej 1   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| telefon/ telefony:                                 | 29 743 76 11   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| identyfikator REGON                                | 000308726  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>            | od 20.04.2020 r.   | transport sanitarny**                    | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |  |
| nazwa:   | <b>SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY</b>   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Wyszków 07-200, ul. Komisji Edukacji Narodowej 1   |  |  |             |            |                                     |                                    | X                                   |              |   |  |
| telefon/ telefony                                  | 29 743 78 48   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data dodania do wykazu                             | 20.04.2020 r.  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2 *</b>            |  | transport sanitarny**                    | leczenie                                 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |  |
| nazwa:   | Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Warszawa 00-791, ul. Chocimska 24  |  |  |             |            |                                     | X                                  |                                     |              |   |  |
| telefon/ telefony                                  |  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data dodania do wykazu                             | 20.04.2020 r.  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          | 30.05.2020 r.  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3*</b>             |  | transport sanitarny**                    | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |  |
| nazwa:   | Szpital I poziomu zabezpieczenia   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Wyszków 07-200, ul. Komisji Edukacji Narodowej 1   |  | X  |             |            |                                     |                                    |                                     |              | I                                       |  |
| telefon/ telefony                                  | 29 743 78 48   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data dodania do wykazu                             | 15.09.2020 r.  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          | 22.10.2020 r.  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4 *</b>            |  | transport sanitarny**                    | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |  |
| nazwa:   | <b>PUNKT POBRAŃ</b><br>(do 19.10.2020 r.: pn-pt w godz. 10.00-14.30, sb-nd w godz. 8.00-12.30,<br><b>od 20.10.2020 r.:</b> pn 10.00-14.30, wt 10.00-14.30, śr 15.00-19.30, czw 10.00-14.30, pt 10.00-14.30, sb 15.00-19.30, nd 8.00-12.30) |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Wyszków 07-200, ul. Komisji Edukacji Narodowej 1   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |

|   |  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
|---|--|-----------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|
| telefon/ telefony                                 | <b>PUNKT POBRAŃ</b><br>(do 19.10.2020 r.: pn-pt w godz. 10.00-14.30, sb-nd w godz. 8.00-12.30,<br>od 20.10.2020 r. do 02.11.2020 r.: pn 10.00-14.30, wt 10.00-14.30,<br>śr 15.00-19.30, czw 10.00-14.30, pt 10.00-14.30, sb 15.00-19.30,<br>nd 8.00-12.30,<br><b>od 03.11.2020 r.:</b> pn 12.00-14.00, wt 12.00-14.00, śr 12.00-14.00,<br>czw 12.00-14.00, pt 12.00-14.00, sb 10.00-12.00, nd 10.00-12.00) |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     | S            |   |
| Data dodania do wykazu                            | 01.10.2020 r.  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 5*</b>            |  | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:  | Szpital II poziomu zabezpieczenia  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wyszów 07-200, ul. Komisji Edukacji Narodowej 1  |                       | X  |             |            |                                     |                                    |                                     |              | II                                      |
| telefon/ telefony                                 | 29 743 78 48   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| Data dodania do wykazu                            | 23.10.2020 r.  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |

|  |  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
|--|--|--|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 69</b> | od 14.04.2020 r.   | <b>kategoria realizowanych świadczeń</b> |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| nazwa:   | Centrum Zdrowia Mazowska Zachodniego Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Żyrardów 96-300, ul. B. Limanowskiego 30                                     |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| telefon/ telefony:                                 | 46 855 20 11   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| identyfikator REGON                                | 143149671  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>            |  | transport sanitarny**                    | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:   | <b>IZBA PRZYJĘĆ</b>  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Żyrardów 96-300, ul. B. Limanowskiego 30                                     |  |  |             |            |                                     |                                    | X                                   |              |   |
| telefon/ telefony                                  | 46 855 20 11   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| Data dodania do wykazu                             | 14.04.2020 r.  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2*</b>             |  | transport sanitarny**                    | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:   | Szpital I poziomu zabezpieczenia   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Żyrardów 96-300, ul. Limanowskiego 30  |  | X  |             |            |                                     |                                    |                                     |              | I                                       |
| telefon/ telefony                                  | 46 855 20 11   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| Data dodania do wykazu                             | 15.09.2020 r.  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| Data wykreślenia z wykazu                          | 25.10.2020 r.  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3*</b>             |  | transport sanitarny**                    | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:   | Szpital II poziomu zabezpieczenia  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Żyrardów 96-300, ul. Limanowskiego 30  |  | X  |             |            |                                     |                                    |                                     |              | II                                      |
| telefon/ telefony                                  | 46 855 20 11   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| Data dodania do wykazu                             | 26.10.2020 r.  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 70</b> | od 07.04.2020 r.   | <b>kategoria realizowanych świadczeń</b> |  |  |  |  |  |  |  |  |
| nazwa:   | Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Ostrowi Mazowieckiej |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|   |  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |    |
|---|--|-----------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|----|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ostrów Mazowiecka 07-300, ul. Duboisa 68   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |    |
| telefon/ telefony:                                | 29 746 37 11   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |    |
| identyfikator REGON                               | 000306756  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>           |  | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |    |
| nazwa:  | <b>SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY</b>   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ostrów Mazowiecka 07-300, ul. Duboisa 68   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |    |
| telefon/ telefony                                 | 29 746 37 20   |                       |  |             |            |                                     |                                    | X                                   |              |   |    |
| Data dodania do wykazu                            | 07.04.2020 r.  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2 *</b>           |  | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |    |
| nazwa:  | <b>PUNKT POBRAŃ</b><br>(do 3.09.2020 r. codziennie w godz. 8.00-10.15;<br>od 4.09.2020 r. do 27.10.2020 r.: codziennie w godz. 8.00-12.05,<br>od 28.10.2020 r.: codziennie 8.00-20.00) |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ostrów Mazowiecka 07-300, ul. Duboisa 68   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |    |
| telefon/ telefony                                 | 29 746 37 59 w godz. 7:00-14:00,<br>29 746 37 12 w godz. 8:00-20:00,<br>513 263 068 w godz. 8:00-20:00   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     | S            |   |    |
| Data dodania do wykazu                            | 07.05.2020 r.  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3*</b>            |  | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |    |
| nazwa:  | Szpital I poziomu zabezpieczenia   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ostrów Mazowiecka 07-300, ul. Duboisa 68   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |    |
| telefon/ telefony                                 | 29 746 37 20   |                       | X  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   | I  |
| Data dodania do wykazu                            | 15.09.2020 r.  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |    |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 08.11.2020 r.  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4*</b>            |  | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |    |
| nazwa:  | Szpital II poziomu zabezpieczenia  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ostrów Mazowiecka 07-300, ul. Duboisa 68   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |    |
| telefon/ telefony                                 | 29 746 37 20   |                       | X  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   | II |
| Data dodania do wykazu                            | 09.11.2020 r.  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |    |

|  |   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
|--|---|--|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 71</b> | od 07.04.2020 r.                                | <b>kategoria realizowanych świadczeń</b> |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| nazwa:   | Międzyleski Szpital Specjalistyczny w Warszawie |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Warszawa 04-749, ul. Bursztynowa 2              |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| telefon/ telefony:                                 | 22 473 53 00, 22 473 53 30                      |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| identyfikator REGON                                | 010669853                                       |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>            |   | transport sanitarny**                    | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |  |
| nazwa:   | <b>SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY</b>              |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Warszawa 04-749, ul. Bursztynowa 2              |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| telefon/ telefony                                  | 22 473 53 32                                    |  |  |             |            |                                     |                                    | X                                   |              |   |  |



|   |                                    |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
|---|------------------------------------|-----------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|--|
| Data dodania do wykazu                            | 07.04.2020 r.                      |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                    |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2*</b>            |                                    | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |  |
| nazwa:  | Szpital I poziomu zabezpieczenia   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 04-749, ul. Bursztynowa 2 |                       | X  |             |            |                                     |                                    |                                     |              | I                                       |  |
| telefon/ telefony                                 | 22 473 53 32                       |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data dodania do wykazu                            | 15.09.2020 r.                      |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 06.10.2020 r.                      |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3*</b>            |                                    | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |  |
| nazwa:  | Szpital II poziomu zabezpieczenia  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 04-749, ul. Bursztynowa 2 |                       | X  |             |            |                                     |                                    |                                     |              | II                                      |  |
| telefon/ telefony                                 | 22 473 53 32                       |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data dodania do wykazu                            | 07.10.2020 r.                      |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                    |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |

|  |  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
|--|--|--|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 72</b> | od 07.04.2020 r.   | <b>kategoria realizowanych świadczeń</b> |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| nazwa:   | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Garwolinie                            |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Garwolin 08-400, ul. Lubelska 50   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| telefon/ telefony:                                 | 25 684 47 00   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| identyfikator REGON                                | 712353954  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>            |  | transport sanitarny**                    | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |  |
| nazwa:   | SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Garwolin 08-400, ul. Lubelska 50   |  |  |             |            |                                     |                                    | X                                   |              |   |  |
| telefon/ telefony                                  | 25 684 48 40   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data dodania do wykazu                             | 07.04.2020 r.  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2*</b>             |  | transport sanitarny**                    | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |  |
| nazwa:   | Szpital I poziomu zabezpieczenia   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Garwolin 08-400, ul. Lubelska 50   |  | X  |             |            |                                     |                                    |                                     |              | I                                       |  |
| telefon/ telefony                                  | 25 684 48 40   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data dodania do wykazu                             | 15.09.2020 r.  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          | 01.11.2020 r.  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3 *</b>            |  | transport sanitarny**                    | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |  |
| nazwa:   | PUNKT POBRAŃ (pn-pt w godz. 15.00-17.00, sb w godz. 10.00-12.00, nd w godz. 7.00-9.00) |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Garwolin 08-400, ul. Staszica 18   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     | S            |   |  |
| telefon/ telefony                                  | 661 363 607  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data dodania do wykazu                             | 01.10.2020 r.  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |

| Miejsce udzielania świadczeń 4 *                  |  | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|--|-----------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:  | <b>PUNKT POBRAŃ</b> (codziennie w godz. 8.00-20.00)  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     | S            |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Garwolin 08-400, ul. Romanówka 13 (Punkt przy Garwolińskiej Strefie Aktywności Gospodarczej) |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 600 358 010  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 31.10.2020 r.  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 05.12.2020 r.  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 5*                   |  | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | Szpital II poziomu zabezpieczenia  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Garwolin 08-400, ul. Lubelska 50   |                       | X  |             |            |                                     |                                    |                                     |              | II                               |
| telefon/ telefony                                 | 25 684 48 40   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 02.11.2020 r.  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 73       | od 15.04.2020 r.   | kategoria realizowanych świadczeń |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
|---|--|-----------------------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:  | Nowodworskie Centrum Medyczne w Nowym Dworze Mazowieckim   |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nowy Dwór Mazowiecki 05-100, ul. Miodowa 2   |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony:                                | 22 765 83 08   |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| identyfikator REGON                               | 000306733  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |  | transport sanitarny**             | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | <b>SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY</b>   |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nowy Dwór Mazowiecki 05-100, ul. Miodowa 2   |                                   |  |             |            |                                     |                                    | X                                   |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 22 775 30 81 wew 211   |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 15.04.2020 r.  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 *                  |  | transport sanitarny**             | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | <b>PUNKT POBRAŃ</b><br>(do 11.09.2020 r.: codziennie w godz. 8.00-10.00; od 12.09.2020 r. do 19.10.2020 r.: codziennie w godz. 8.00-12.30, od 20.10.2020 r. do 06.12.2020 r.: pn 8.00-12.30, wt 15.00-19.30, śr 8.00-12.30, czw 15.00-19.30, pt 8.00-12.30, sb 8.00-12.30, nd 8.00-12.30<br>od 07.12.2020 r. do 13.01.2021 r.: pn 8.00-13.00, wt 15.00-20.00, śr 8.00-13.00, czw 15.00-20.00, pt 8.00-13.00, nd 8.00-13.00<br>od 14.01.2021 r. do 14.02.2021 r.: pn 15.00-20.00, wt 8.00-13.00, śr 8.00-13.00, czw 15.00-20.00, pt 8.00-13.00, sb 8.00-13.00, nd 8.00-13.00<br>od 15.02.2021 r.: pn 15.00-17.00, wt 8.00-10.00, śr 8.00-10.00, czw 15.00-17.00, pt 8.00-10.00, sb 8.00-10.00, nd 8.00-10.00) |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nowy Dwór Mazowiecki 05-100, ul. Miodowa 2   |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     | S            |                                  |

|   |   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
|---|---|-----------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|--|
| telefon/ telefony                                 | do 25.10.2020 r.: 503 642 999<br>od 26.10.2020 r.: 795 112 999, 22 765 83 22  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data dodania do wykazu                            | 20.05.2020 r.   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3*</b>            |   | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |  |
| nazwa:  | Szpital I poziomu zabezpieczenia  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nowy Dwór Mazowiecki 05-100, ul. Miodowa 2  |                       | X  |             |            |                                     |                                    |                                     |              | I                                       |  |
| telefon/ telefony                                 | 22 775 30 81 wew 211  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data dodania do wykazu                            | 15.09.2020 r.   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 06.10.2020 r.   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4*</b>            |   | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |  |
| nazwa:  | Szpital II poziomu zabezpieczenia   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nowy Dwór Mazowiecki 05-100, ul. Miodowa 2  |                       | X  |             |            |                                     |                                    |                                     |              | II                                      |  |
| telefon/ telefony                                 | 22 775 30 81 wew 211  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data dodania do wykazu                            | 07.10.2020 r.   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 5 *</b>           |   | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |  |
| nazwa:  | <b>PUNKT POBRAŃ</b><br>(pn 15.00-17.00, wt 8.00-10.00, śr 15.00-17.00, czw 8.00-10.00, pt 8.00-10.00, sb 8.00-10.00, nd 8.00-10.00) |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nowy Dwór Mazowiecki 05-100, ul. Paderewskiego 7 (punkt przy ul. Paderewskiego)   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     | S            |   |  |
| telefon/ telefony                                 | 22 775 26 94 wew. 1205  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data dodania do wykazu                            | 21.10.2020 r.   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 04.12.2020 r.   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 6 *</b>           |   | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |  |
| nazwa:  | Hotel Palace w Modlinie - IZOLATORIUM typ II  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Modlin, ul. Boduena 2   |                       |  | X<br>typ II |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| telefon/ telefony                                 | 22 224 11 11  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data dodania do wykazu                            | 12.11.2020 r.   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 10.12.2020 r.   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 7 *</b>           |   | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |  |
| nazwa:  | Hotel Royal w Modlinie - IZOLATORIUM typ II   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Modlin, ul. Szpitalna 93  |                       |  | X<br>typ II |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| telefon/ telefony                                 | 22 224 22 22  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data dodania do wykazu                            | 12.11.2020 r.   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 10.12.2020 r.   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |

|  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 74</b> | od 07.04.2020 r.  | <b>kategoria realizowanych świadczeń</b> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| nazwa:   | Szpital Wolski im. dr Anny Gostyńskiej Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Warszawa 01-211, ul. Kasprzaka 17   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|   |                                   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
|---|-----------------------------------|-----------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|--|
| telefon/ telefony:                                | 22 389 47 00                      |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| identyfikator REGON                               | 011035381                         |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>           |                                   | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |  |
| nazwa:  | SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY       |                       |  |             |            |                                     |                                    | X                                   |              |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 01-211, ul. Kasprzaka 17 |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| telefon/ telefony                                 | 22 389 49 00                      |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data dodania do wykazu                            | 07.04.2020 r.                     |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2*</b>            |                                   | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |  |
| nazwa:  | Szpital I poziomu zabezpieczenia  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 01-211, ul. Kasprzaka 17 |                       | X  |             |            |                                     |                                    |                                     |              | I                                       |  |
| telefon/ telefony                                 | 22 389 49 00                      |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data dodania do wykazu                            | 15.09.2020 r.                     |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 23.10.2020                        |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3*</b>            |                                   | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |  |
| nazwa:  | Szpital II poziomu zabezpieczenia |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 01-211, ul. Kasprzaka 17 |                       | X  |             |            |                                     |                                    |                                     |              | II                                      |  |
| telefon/ telefony                                 | 22 389 49 00                      |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data dodania do wykazu                            | 24.10.2020 r.                     |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |

|  |   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
|--|---|--|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 75</b> | od 04.04.2020 r.                                    | <b>kategoria realizowanych świadczeń</b> |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| nazwa:   | Szpital Matki Bożej Nieustającej Pomocy w Wołominie |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Wołomin 05-200, ul. Gdyńska 1/3                     |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| telefon/ telefony:                                 | 22 763 31 00  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| identyfikator REGON                                | 000310315   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>            |   | transport sanitarny**                    | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |  |
| nazwa:   | SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY                         |  |  |             |            |                                     |                                    | X                                   |              |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Wołomin 05-200, ul. Gdyńska 1/3                     |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| telefon/ telefony                                  | 22 763 32 15  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data dodania do wykazu                             | 07.04.2020 r.                                       |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2 *</b>            |   | transport sanitarny**                    | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |  |

|   |  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |  |
|---|--|-----------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|--|--|
| nazwa:  | <b>PUNKT POBRAŃ</b><br>(do 14.09.2020 r.: pn-pt 11.00-13.00, sb-nd 8.00-10.00;<br>od 15.09.2020 r. do 19.10.2020 r.: pn-pt 11.00-15.10, sb-nd 8.00-12.10),<br>od 20.10.2020 r. do 26.10.2020 r.: pn 15.00-19.30, wt 11.00-15.30, śr 11.00-15.30, czw 15.00-19.30, pt 11.00-19.30, sb 8.00-12.30, nd 8.00-12.30<br>od 27.10.2020 r. do 15.02.2021 r.: pn 15.00-19.30, wt 11.00-15.30, śr 11.00-15.30, czw 15.00-19.30, pt 11.00-15.30, sb 8.00-12.30, nd 8.00-12.30<br>od 16.02.2021 r.: pn 15.00-17.00, wt 11.00-13.00, śr 11.00-13.00, czw 15.00-17.00, pt 11.00-13.00, sb 8.00-10.00, nd 8.00-10.00) |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              | S                                |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wołomin 05-200, ul. Gdyńska 1/3  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |  |
| telefon/ telefony                                 | 22 76 33 294, 22 76 33 220, 22 76 33 292   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |  |
| Data dodania do wykazu                            | 11.05.2020 r.  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3 *</b>           |  | transport sanitarny** | leczenie                                 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |  |  |
| nazwa:  | Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 00-791, ul. Chocimska 24  |                       |  |             |            |                                     | X                                  |                                     |              |                                  |  |  |
| telefon/ telefony                                 |  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |  |
| Data dodania do wykazu                            | 04.04.2020 r.  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 30.05.2020 r.  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4*</b>            |  | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |  |  |
| nazwa:  | Szpital I poziomu zabezpieczenia   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wołomin 05-200, ul. Gdyńska 1/3  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |  |
| telefon/ telefony                                 | 22 763 32 15   |                       | X  |             |            |                                     |                                    |                                     |              | I                                |  |  |
| Data dodania do wykazu                            | 15.09.2020 r.  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 11.10.2020 r.  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 5*</b>            |  | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |  |  |
| nazwa:  | Szpital II poziomu zabezpieczenia  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wołomin 05-200, ul. Gdyńska 1/3  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |  |
| telefon/ telefony                                 | 22 763 32 15   |                       | X  |             |            |                                     |                                    |                                     |              | II                               |  |  |
| Data dodania do wykazu                            | 12.10.2020 r.  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |  |

|  |   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |
|--|---|--|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 76</b> | od 07.04.2020 r.  | <b>kategoria realizowanych świadczeń</b> |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |
| nazwa:   | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Węgrowie |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Węgrów 07-100, ul. Kościuszki 15                          |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |
| telefon/ telefony:                                 | 257 922 833   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |
| identyfikator REGON                                | 000304622   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>            |   | transport sanitarny**                    | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |  |
| nazwa:   | <b>IZBA PRZYJĘĆ</b>                                       |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Węgrów 07-100, ul. Kościuszki 201                         |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |

|  |   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |   |
|--|---|--|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|---|
| telefon/ telefony                                  | 25 792 20 41  |  |  |             |            |                                     |                                    | X                                   |              |   |   |
| Data dodania do wykazu                             | 07.04.2020 r.   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |   |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2 *</b>            |   | transport sanitarny**                    | leczenie                                 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |   |
| nazwa:   | Narodowy Instytut Leków   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Warszawa 00-725, ul. Chełmska 30/34   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |   |
| telefon/ telefony                                  | 792 659 064   |  |  |             |            |                                     | X                                  |                                     |              |   |   |
| Data dodania do wykazu                             | 14.05.2020 r.   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |   |
| Data wykreślenia z wykazu                          | 30.05.2020 r.   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3*</b>             |   | transport sanitarny**                    | leczenie                                 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |   |
| nazwa:   | Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Warszawa 00-791, ul. Chocimska 24   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |   |
| telefon/ telefony                                  |   |  |  |             |            |                                     | X                                  |                                     |              |   |   |
| Data dodania do wykazu                             | 14.04.2020 r.   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |   |
| Data wykreślenia z wykazu                          | 30.05.2020 r.   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4*</b>             |   | transport sanitarny**                    | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |   |
| nazwa:   | Szpital I poziomu zabezpieczenia  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Węgrów 07-100, ul. Kościuszki 201   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |   |
| telefon/ telefony                                  | 25 792 20 41  |  | X  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   | I |
| Data dodania do wykazu                             | 15.09.2020 r.   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |   |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 5*</b>             |   | transport sanitarny**                    | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |   |
| nazwa:   | <b>PUNKT POBRAŃ</b><br>(do 11.10.2020 r.: codziennie w godz. 7.00-11.30, od 12.10.2020 r. do 19.10.2020 r.: codziennie w godz. 8.00-12.30, od 20.10.2020 r. do 20.12.2020 r.: pn 8.00-13.00, wt 15.00-20.00, śr 8.00-13.00, czw 15.00-20.00, pt 8.00-13.00, sb 8.00-13.00, nd 8.00-13.00<br>od 21.12.2020 r.: pn 8.00-12.00, wt 15.00-19.00, śr 8.00-12.00, czw 15.00-19.00, pt 8.00-12.00, sb 8.00-11.00, nd 8.00-11.00) |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   | S |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Węgrów 07-100, ul. Kościuszki 201   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |   |
| telefon/ telefony                                  | 25 506 54 78  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |   |
| Data dodania do wykazu                             | 28.09.2020  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |   |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 77</b> | od 16.04.2020 r.  | <b>kategoria realizowanych świadczeń</b> |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |   |
| nazwa:   | Płocki Zakład Opieki Zdrowotnej Sp. z o.o.  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Płock 09-402, ul Tadeusza Kościuszki 28   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |   |
| telefon/ telefony:                                 | 24 364 51 00  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |   |
| identyfikator REGON                                | 611416590   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |   |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |  | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|--|-----------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:  | IZBA PRZYJĘĆ   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Płock 09-402, ul Tadeusza Kościuszki 28  |                       |  |             |            |                                     |                                    | X                                   |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 24 364 51 83   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 16.04.2020 r.  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 *                  |  | transport sanitarny** | leczenie                                 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | ALAB laboratoria Sp. z o.o., Medyczne Laboratorium Diagnostyczne, Pracownia Genetyki   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 00-739, ul. Stepińska 22/30   |                       |  |             |            |                                     | X                                  |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 22 349 60 60   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 11.05.2020 r.  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 30.05.2020 r.  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 3*                   |  | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | Szpital I poziomu zabezpieczenia   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Płock 09-402, ul Tadeusza Kościuszki 28  |                       | X  |             |            |                                     |                                    |                                     |              | I                                |
| telefon/ telefony                                 | 24 364 51 83   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 15.09.2020 r.  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 *                  |  | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | <b>PUNKT POBRAŃ</b><br>(do 19.10.2020 r.: codziennie w godz. 9.00-11.00,<br>od 20.10.2020 r. do 22.10.2020 r.: pn 9.00-11.00, wt 15.00-17.00, śr 9.00-11.00, czw 15.00-17.00, pt 9.00-11.00, sb 9.00-11.00, nd 9.00-11.00,<br>od 23.10.2020 r. do 26.10.2020 r.: pn 9.00-11.00, wt 15.00-18.00, śr 9.00-11.00, czw 15.00-18.00, pt 9.00-11.00, sb 9.00-11.00, nd 9.00-11.00<br>od 27.10.2020 r. do 21.12.2020 r.: pn 9.00-11.00, wt 14.00-18.00, śr 9.00-11.00, czw 14.00-18.00, pt 9.00-11.00, sb 9.00-11.00, nd 9.00-11.00<br>od 22.12.2020 r.: pn 9.00-11.00, wt 14.00-16.00, śr 9.00-11.00, czw 9.00-11.00, pt 9.00-11.00, sb 9.00-11.00, nd 9.00-11.00) |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     | S            |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Płock 09-402, ul. Kościuszki 28, (wjazd do Punktu Pobrań od bramy bocznej przy ul. Kościuszki 26)  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 24 364 51 10   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 01.10.2020   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 78       | od 07.04.2020 r.   | kategoria realizowanych świadczeń |
|---|--|-----------------------------------|
| nazwa:  | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej - Zespół Zakładów |                                   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Maków Mazowiecki 06-200, ul. Witosa 2                            |                                   |
| telefon/ telefony:                                | 25 714 23 01   |                                   |
| identyfikator REGON                               | 000304591  |                                   |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |  | transport sanitarny**             | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|--|-----------------------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:  | SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Maków Mazowiecki 06-200, ul. Witosa 2  |                                   |  |             |            |                                     |                                    | X                                   |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 29 714 22 06   |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 07.04.2020 r.  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 *                  |  | transport sanitarny**             | leczenie                                 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | Narodowy Instytut Leków  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 00-725, ul. Chelmska 30/34  |                                   |  |             |            |                                     |                                    | X                                   |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 |  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 04.05.2020 r.  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 30.05.2020 r.  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 *                  |  | transport sanitarny**             | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | <b>PUNKT POBRAŃ</b><br>(do 08.09.2020 r.: codziennie w godz. 7.00-9.00;<br>od 09.09.2020 r. do 19.10.2020 r.: codziennie w godz. 7.00-12.00,<br>od 20.10.2020 r. do 18.12.2020 r.: pn 7.00-12.00, wt 15.00-20.00,<br>śr 7.00-12.00, czw 15.00-20.00, pt 7.00-12.00, sb 7.00-12.00, nd 7.00-12.00<br>od 19.12.2020 r.: pn 7.00-9.00, wt 15.00-17.00, śr 7.00-9.00, czw 15.00-17.00, pt 7.00-9.00, sb 7.00-9.00, nd 7.00-9.00) |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     | S            |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Maków Mazowiecki 06-200, ul. Witosa 2  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 29 71 42 215   |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 06.05.2020 r.  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 4*                   |  | transport sanitarny**             | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | Szpital I poziomu zabezpieczenia   |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Maków Mazowiecki 06-200, ul. Witosa 2  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              | I                                |
| telefon/ telefony                                 | 29 714 22 06   |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 15.09.2020 r.  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 79       |  | kategoria realizowanych świadczeń |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| nazwa:  | Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Przasnyszu   |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Przasnysz 06-300, ul. Sadowa 9   |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony:                                | 29 753 43 00   |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| identyfikator REGON                               | 000302480  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |  | transport sanitarny**             | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |



|   |  |   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
|---|--|---|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|--|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |  | Przasnysz 06-300, ul. Sadowa 9  |  |             |            |                                     |                                    |                                     | X            |   |  |
| telefon/ telefony                                 |  | 29 753 42 24  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data dodania do wykazu                            |  | 07.04.2020 r.   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2 *</b>           |  | transport sanitarny**   | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |  |
| nazwa:  |  | <b>PUNKT POBRAŃ</b><br>(do 18.05.2020 r.: codziennie w godz. 13.00-15.00;<br>od 19.05.2020 r. do 08.09.2020 r.: codziennie w godz. 8.00-11.00;<br>od 09.09.2020 r. do 19.10.2020 r.: codziennie w godz. 8.00-12.30,<br>od 20.10.2020 r. do 25.10.2020 r.: pn 8.00-12.30, wt 8.00-12.30,<br>śr 8.00-12.30, czw 8.00-12.30, pt 15.00-19.30, sb 15.00-19.30, nd 8.00-12.30,<br>od 26.10.2020 r. do 17.11.2020 r.: pn 8.00-13.00, wt 8.00-13.00,<br>śr 8.00-13.00, czw 8.00-13.00, pt 15.00-20.00, sb 15.00-20.00, nd 8.00-13.00<br>od 18.11.2020 r. do 21.12.2020 r.: pn 8.00-13.00, wt 8.00-13.00,<br>śr 8.00-13.00, czw 8.00-13.00, pr 14.00-19.00, sb 14.00-19.00, nd 8.00-13.00<br>od 22.12.2020 r.: pn 10.00-13.00, wt 10.00-13.00, śr 10.00-13.00,<br>czw 10.00-13.00, pt 14.00-17.00, sb 14.00-17.00, nd 10.00-13.00) |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |  | Przasnysz 06-300, ul. Sadowa 9  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| telefon/ telefony                                 |  | 29 753 42 74  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data dodania do wykazu                            |  | 07.05.2020 r.   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3 *</b>           |  | transport sanitarny**   | leczenie                                 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |  |
| nazwa:  |  | ALAB laboratoria sp. z o.o., Medyczne Laboratorium Diagnostyczne, Pracownia Genetyki  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |  | Warszawa 00-739, ul. Stępińska 22/30  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| telefon/ telefony                                 |  |   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data dodania do wykazu                            |  | 20.04.2020 r.   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  | 30.05.2020 r.   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4*</b>            |  | transport sanitarny**   | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |  |
| nazwa:  |  | Szpital I poziomu zabezpieczenia  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |  | Przasnysz 06-300, ul. Sadowa 9  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| telefon/ telefony                                 |  | 29 753 42 24  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data dodania do wykazu                            |  | 15.09.2020 r.   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  | 01.11.2020 r.   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 5*</b>            |  | transport sanitarny**   | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |  |
| nazwa:  |  | Szpital II poziomu zabezpieczenia   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |  | Przasnysz 06-300, ul. Sadowa 9  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| telefon/ telefony                                 |  | 29 753 42 24  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data dodania do wykazu                            |  | 02.11.2020 r.   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |

| Miejsce udzielania świadczeń 6*                    |  | transport sanitarny**                    | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|--|--|--|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:   | Szpital III poziomu zabezpieczenia - w zakresie psychiatrii                          |  | X  |             |            |                                     |                                    |                                     |              | III                              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Przasnysz 06-300, ul. Sadowa 9   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                  | 29 753 42 24   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                             | 02.11.2020 r.  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 80</b> |  | <b>kategoria realizowanych świadczeń</b> |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| nazwa:   | Mazowiecki Szpital Bródnowski w Warszawie Sp. z o.o.                                 |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Warszawa 03-242 , ul. Kondratowicza 8  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony:                                 | 22 326 53 15, 22 326 55 39   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| identyfikator REGON                                | 141983460  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                   |  | transport sanitarny**                    | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:   | SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY  |  |  |             |            |                                     |                                    | X                                   |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Warszawa 03-242 , ul. Kondratowicza 8  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                  | 22 326 53 15, 22 326 55 39   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                             | 09.04.2020 r.  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 *                   |  | transport sanitarny**                    | leczenie                                 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:   | ALAB laboratoria sp. z o.o., Medyczne Laboratorium Diagnostyczne, Pracownia Genetyki |  |  |             |            |                                     | X                                  |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Warszawa 00-739, ul. Stępińska 22/30   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                  | 665 787 346  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                             | 17.04.2020 r.  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                          | 30.05.2020 r.  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 3*                    |  | transport sanitarny**                    | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:   | Szpital I poziomu zabezpieczenia   |  | X  |             |            |                                     |                                    |                                     |              | I                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Warszawa 03-242 , ul. Kondratowicza 8  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                  | 22 326 53 15, 22 326 55 39   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                             | 15.09.2020 r.  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                          | 12.10.2020   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 4*                    |  | transport sanitarny**                    | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:   | Szpital II poziomu zabezpieczenia  |  | X  |             |            |                                     |                                    |                                     |              | II                               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Warszawa 03-242 , ul. Kondratowicza 8  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                  | 22 326 53 15, 22 326 55 39   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                             | 13.10.2020 r.  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 81</b> |  | <b>kategoria realizowanych świadczeń</b> |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| nazwa:   | Corten Medic Tomasz Sikora   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Warszawa 02-784, ul. Dunikowskiego 10  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony:                                 | 22 270 30 30   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| identyfikator REGON                                | 015053128  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |   | transport sanitarny** | leczenie                                 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|---|-----------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:  | ŚWIADCZENIA STOMATOLOGICZNE W PODMIOCIE LECZNICZYM (dostępność codziennie 24 godz. na dobę) |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-635, ul. Etiudy Rewolucyjnej 48   |                       |  |             |            | X                                   |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 22 270 30 63; 22 270 30 61  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 22.04.2020 r.   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 31.05.2020 r.   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 *                  |   | transport sanitarny** | leczenie                                 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | ŚWIADCZENIA STOMATOLOGICZNE W PODMIOCIE LECZNICZYM (dostępność codziennie 24 godz. na dobę) |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Radom 26-600, ul. Królowej Jadwigi 23   |                       |  |             |            | X                                   |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 48 670 04 13  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 22.04.2020 r.   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 31.05.2020 r.   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 *                  |   | transport sanitarny** | leczenie                                 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | ŚWIADCZENIA STOMATOLOGICZNE W DENTOBUSIE (dostępność codziennie 24 godz. na dobę)           |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-635, ul. Etiudy Rewolucyjnej 48   |                       |  |             |            | X                                   |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 535 315 569   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 22.04.2020 r.   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 14.09.2020 r.   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 *                  |   | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | ŚWIADCZENIA STOMATOLOGICZNE W PODMIOCIE LECZNICZYM (dostępność codziennie 24 godz. na dobę) |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-781, ul. Roentgena 46 lok U10   |                       |  |             |            | X                                   |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 22 270 30 63; 22 270 30 61  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 01.06.2020 r.   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 5 *                  |   | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | ŚWIADCZENIA STOMATOLOGICZNE W PODMIOCIE LECZNICZYM (dostępność codziennie 24 godz. na dobę) |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Radom 26-617, ul. Królewska 15a   |                       |  |             |            | X                                   |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 48 670 04 12  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 01.06.2020 r.   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 31.12.2020 r.   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 6 *                  |   | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |

|   |   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
|---|---|-----------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|
| nazwa:  | <b>PUNKT POBRAŃ</b><br>(do <b>13.09.2020</b> r.: codziennie w godz. 13.00-15.00; od <b>14.09.2020</b> r. do <b>19.10.2020</b> r.: codziennie w godz. 8.00-14.00, od <b>20.10.2020</b> r. do <b>22.11.2020</b> r.: pn 8.00-14.00, wt 15.00-19.00, śr 15.00-19.30, czw 8.00-14.00, pt 8.00-14.00, sb 8.00-14.00, nd 8.00-14.00<br>od <b>23.11.2020</b> r.: pn 8.00-14.00, wt 14.00-20.00, śr 14.00-20.00, czw 8.00-14.00, pt 8.00-14.00, sb 8.00-14.00, nd 8.00-14.00<br><b>zmiana godzin w dniach:</b><br>24.12.2020 8:00-12:00; 25.12.2020 8:00-12:00<br>26.12.2020 8:00-12:00; 31.12.2020 8:00-12:00<br>1.01.2021 14:00-18:00)   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     | S            |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Mława 06-500, ul. Kopernika 38 (teren Miejskiego Ośrodka Sportu i Rekreacji w Mławie)   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| telefon/ telefony                                 | do 16.06.2020 r.: 574 189 349<br>od 17.06.2020 r. do 08.09.2020 r.: 41 246 00 11<br>od 09.09.2020 r.: 41 246 00 11, 226 020 997   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| Data dodania do wykazu                            | 01.06.2020 r.   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 7 *</b>           |   | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:  | <b>PUNKT POBRAŃ</b><br>(do <b>16.07.2020</b> r.: codziennie w godz. 13.30-15.30, od 17.07.2020 r. do 13.09.2020 r.: codziennie w godz. 8.30-10.30, od <b>14.09.2020</b> r. do <b>19.10.2020</b> r.: codziennie w godz. 8.00-12.30, od <b>20.10.2020</b> r. do <b>22.11.2020</b> r.: pn 15.00-19.30, wt 15.00-19.30, śr 8.00-14.00, czw 8.00-14.00, pt 8.00-14.00, sb 8.00-14.00, nd 8.00-14.00<br>od <b>23.11.2020</b> r.: pn 14.00-20.00, wt 14.00-20.00, śr 8.00-14.00, czw 8.00-14.00, pr 8.00-14.00, sb 8.00-14.00, nd 8.00-14.00<br><b>zmiana godzin w dniach:</b><br>24.12.2020 8:00-12:00; 25.12.2020 8:00-12:00<br>26.12.2020 8:00-12:00; 31.12.2020 8:00-12:00<br>1.01.2021 14:00-18:00) |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     | S            |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Garwolin 08-400, ul. Staszica, róg Sportowej (parking)  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| telefon/ telefony                                 | do 16.06.2020 r.: 574 219 369<br>od 17.06.2020 r. do 08.09.2020 r.: 41 246 00 11<br>od 09.09.2020 r.: 41 246 00 11, 226 020 997   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| Data dodania do wykazu                            | 01.06.2020 r.   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 8 *</b>           |   | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |

|   |   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
|---|---|-----------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|
| nazwa:  | <b>PUNKT POBRAŃ</b><br>(do 16.06.2020 r.: codziennie w godz. 09.00-11.00, od 17.06.2020 r. do 13.09.2020 r.: codziennie w godz. 14.00.-16.00,<br><b>od 14.09.2020 r. do 19.10.2020 r.:</b> codziennie w godz. 8.00-14.00,<br><b>od 20.10.2020 r.do 15.11.2020 r.:</b> pn 8.00-14.00, wt 8.00-14.00, śr 13.30-19.30, czw 8.00-14.00, pt 8.00-14.00, sb 8.00-14.00, nd 13.30-19.30,<br><b>od 16.11.2020 r. od godz. 8.00. - całodobowo</b><br><b>zmiana godzin w dniach:</b><br>24.12.2020 8:00-12:00; 25.12.2020 8:00-12:00<br>26.12.2020 8:00-12:00; 31.12.2020 8:00-12:00<br>1.01.2021 14:00-18:00)  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     | S            |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Płock 09-400, ul. Kobylińskiego 21 A  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| telefon/ telefony                                 | do 16.06.2020 r.: 574 189 349<br>od 17.06.2020 r. do 08.09.2020 r.: 41 246 00 11<br>od 09.09.2020 r.: 41 246 00 11, 226 020 997   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| Data dodania do wykazu                            | 01.06.2020 r.   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 9 *</b>           |   | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:  | <b>PUNKT POBRAŃ</b><br>(do 16.06.2020 r.: codziennie w godz. 09.00-11.00, od 17.06.2020 r. do 13.09.2020 r.: codziennie w godz. 09.30.-11.30,<br><b>od 14.09.2020 r. do 19.10.2020 r.:</b> codziennie w godz. 8.00-14.00,<br><b>od 20.10.2020 r. do 12.11.2020 r.:</b> pn 15.00-19.30, wt 15.00-19.30, śr 8.00-14.00, czw 8.00-14.00, pt 8.00-14.00, sb 8.00-14.00, nd 8.00-14.00,<br><b>od 13.11.2020 r.:</b> pn 14.00-20.00, wt 14.00-20.00, śr 8.00-14.00, czw 8.00-14.00, pt 8.00-14.00, sb 8.00-14.00, nd 8.00-14.00<br><b>zmiana godzin w dniach:</b><br>24.12.2020 8:00-12:00; 25.12.2020 8:00-12:00<br>26.12.2020 8:00-12:00; 31.12.2020 8:00-12:00<br>1.01.2021 14:00-18:00) |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     | S            |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ostrołęka 07-400, ul. Goworowska 49 do 03.12.2020 r.<br>Ostrołęka 07-400, ul. Wincentego Witosa 1 od 04.12.2020 r.  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| telefon/ telefony                                 | do 16.06.2020 r.: 574 219 369<br>od 17.06.2020 r. do 08.09.2020 r.: 41 246 00 11<br>od 09.09.2020 r.: 41 246 00 11, 226 020 997   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| Data dodania do wykazu                            | 01.06.2020 r.   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 10 *</b>          |   | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |

|   |   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
|---|---|-----------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|--|
| nazwa:  | <b>PUNKT POBRAŃ</b><br>(do 13.09.2020 r.: codziennie w godz. 8.00-10.00, od 14.09.2020 r. do 19.10.2020 r.: codziennie w godz. 8.00-12.30, od 20.10.2020 r. do 22.11.2020 r.: pn 15.00-19.30, wt 15.00-19.30, śr 8.00-12.30, czw 8.00-12.30, pt 8.00-12.30, sb 8.00-12.30, nd 8.00-12.30<br><b>od 23.11.2020 r.:</b> pn 14.00-20.00, wt 14.00-20.00, śr 8.00-14.00, czw 8.00-14.00, pt 8.00-14.00, sb 8.00-14.00, nd 8.00-14.00<br><b>miana godzin w dniach:</b><br>24.12.2020 8:00-12:00; 25.12.2020 8:00-12:00<br>26.12.2020 8:00-12:00; 31.12.2020 8:00-12:00<br>1.01.2021 14:00-18:00)    |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     | S            |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gostynin, 09-500, ul. Sportowa 1  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| telefon/ telefony                                 | do 08.09.2020 r.: 41 246 00 11<br>od 09.09.2020 r.: 41 246 00 11, 226 020 997   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data dodania do wykazu                            | 15.06.2020 r.   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 11 *</b>          |   | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |  |
| nazwa:  | <b>PUNKT POBRAŃ</b><br>(do 13.09.2020 r.: codziennie w godz. 14.30-16.30, od 14.09.2020 r. do 19.10.2020 r.: codziennie w godz. 12.45-17.15, od 20.10.2020 r. do 22.11.2020 r.: pn 9.00-13.30, wt 9.00-13.30, śr 15.00-19.30, czw 15.00-19.30, pt 9.00-13.30, sb 9.00-13.30, nd 9.00-13.30<br><b>od 23.11.2020 r.:</b> pn 8.00-14.00, wt 8.00-14.00, śr 14.00-20.00, czw 14.00-20.00, pt 8.00-14.00, sb 8.00-14.00, nd 8.00-14.00<br><b>zmiana godzin w dniach:</b><br>24.12.2020 8:00-12:00; 25.12.2020 8:00-12:00<br>26.12.2020 8:00-12:00; 31.12.2020 8:00-12:00<br>1.01.2021 14:00-18:00) |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     | S            |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Mińsk Mazowiecki 05-300, ul. Kościelna 1 - do 05.11.2020 r.;<br>Mińsk Mazowiecki 05-300, ul. Wyszyrńskiego 30a - od 06.11.2020 r.   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| telefon/ telefony                                 | do 08.09.2020 r.: 41 246 00 11<br>od 09.09.2020 r.: 41 246 00 11, 226 020 997   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data dodania do wykazu                            | 15.06.2020 r.   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 12 *</b>          |   | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |  |

|   |   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
|---|---|-----------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|--|
| nazwa:  | <b>PUNKT POBRAŃ</b><br>(do 13.09.2020 r.: codziennie w godz. 11.30-13.30, od 14.09.2020 r. do 19.10.2020 r.: codziennie w godz. 13.00-17.30, od 20.10.2020 r. do 22.11.2020 r.: pn 8.00-12.30, wt 8.00-12.30, śr 8.00-12.30, czw 15.00-19.30, pt 15.00-19.30, sb 8.00-12.30, nd 8.00-12.30<br><b>od 23.11.2020 r.:</b> pn 8.00-14.00, wt 8.00-14.00, śr 8.00-14.00, czw 14.00-20.00, pt 14.00-20.00, sb 8.00-14.00, nd 8.00-14.00<br><b>zmiana godzin w dniach:</b><br>24.12.2020 8:00-12:00; 25.12.2020 8:00-12:00<br>26.12.2020 8:00-12:00; 31.12.2020 8:00-12:00<br>1.01.2021 14:00-18:00) |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              | S                                       |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Sierpc 09-200, ul. Piastowska 11 do 26.11.2020 r.<br>Sierpc 09-200, ul. Piastowska 39 od 27.11.2020 r.  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| telefon/ telefony                                 | do 08.09.2020 r.: 41 246 00 11<br>od 09.09.2020 r.: 41 246 00 11, 226 020 997   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data dodania do wykazu                            | 15.06.2020 r.   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 13 *</b>          |   | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |  |
| nazwa:  | <b>PUNKT POBRAŃ</b><br>(do 13.09.2020 r.: codziennie w godz. 11.45-13.45, od 14.09.2020 r. do 19.10.2020 r.: codziennie w godz. 8.00-12.30, od 20.10.2020 r. do 22.11.2020 r.: pn 8.00-12.30, wt 8.00-12.30, śr 8.00-12.30, czw 15.00-19.30, pt 15.00-19.30, sb 8.00-12.30, nd 8.00-12.30<br><b>od 23.11.2020 r.:</b> pn 8.00-14.00, wt 8.00-14.00, śr 8.00-14.00, czw 14.00-20.00, pr 14.00-20.00, sb 8.00-14.00, nd 8.00-14.00<br><b>zmiana godzin w dniach:</b><br>24.12.2020 8:00-12:00; 25.12.2020 8:00-12:00<br>26.12.2020 8:00-12:00; 31.12.2020 8:00-12:00<br>1.01.2021 14:00-18:00)  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              | S                                       |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Węgrów 07-100, ul. Kościuszki 27A - do 31.12.2020 r.<br>Węgrów 07-100, ul. Strażacka 2 - od 1 stycznia 2021 r.  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| telefon/ telefony                                 | do 08.09.2020 r.: 41 246 00 11<br>od 09.09.2020 r.: 41 246 00 11, 226 020 997   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data dodania do wykazu                            | 15.06.2020 r.   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 14 *</b>          |   | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |  |
| nazwa:  | <b>PUNKT POBRAŃ</b><br>(dnia 17.10.2020 r. w godz. 8.00-12.00, od 18.10.2020 r. do 18.11.2020 r.: codziennie 8.00-14.00, <b>od 19.11.2020 r.:</b> pn 8.00-14.00, wt 8.00-14.00, śr 14.00-20.00, czw 14.00-20.00, pt 8.00-14.00, sb 8.00-14.00, nd 8.00-14.00<br><b>zmiana godzin w dniach:</b><br>24.12.2020 8:00-12:00; 25.12.2020 8:00-12:00<br>26.12.2020 8:00-12:00; 31.12.2020 8:00-12:00<br>01.01.2021 14:00-18:00)   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              | S                                       |  |

|   |   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
|---|---|-----------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|--|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Przysucha 26-400, ul. Radomska 29 (Stadion Miejski)   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| telefon/ telefony                                 | 226 020 997   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data dodania do wykazu                            | 17.10.2020 r.   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 15 *</b>          |   | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |  |
| nazwa:  | <b>PUNKT POBRAŃ</b><br>(do 18.11.2020 r.: codziennie w godz. 8.00-14.00<br><b>od 19.11.2020 r.:</b> pn 14.00-20.00, wt 8.00-14.00, śr 14.00-20.00, czw 8.00-14.00, pt 8.00-14.00, sb 8.00-14.00, nd 8.00-14.00<br><b>zmiana godzin w dniach:</b><br>24.12.2020 8:00-12:00; 25.12.2020 8:00-12:00<br>26.12.2020 8:00-12:00; 31.12.2020 8:00-12:00<br>01.01.2021 14:00-18:00) |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     | S            |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Pułtusk 06-100, ul. Śniegockiego 3 (naprzeciw MOSIR)  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| telefon/ telefony                                 | 226 020 997   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data dodania do wykazu                            | 17.10.2020 r.   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 16 *</b>          |   | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |  |
| nazwa:  | <b>PUNKT POBRAŃ</b><br>(do 22.11.2020 r.: codziennie w godz. 8.00-14.00<br><b>od 23.11.2020 r.:</b> pn 8.00-14.00, wt 8.00-14.00, śr 14.00-20.00, czw 14.00-20.00, pt 8.00-14.00, sb 8.00-14.00, nd 8.00-14.00<br><b>zmiana godzin w dniach:</b><br>24.12.2020 8:00-12:00; 25.12.2020 8:00-12:00<br>26.12.2020 8:00-12:00; 31.12.2020 8:00-12:00<br>01.01.2021 14:00-18:00) |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     | S            |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Piaseczno 05-500, ul. Chyliczkowska 14  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| telefon/ telefony                                 | 226 020 997   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data dodania do wykazu                            | 19.10.2020 r.   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 17 *</b>          |   | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |  |
| nazwa:  | <b>PUNKT POBRAŃ</b><br>(do 15.11.2020 r.: codziennie w godz. 12.00-18.00,<br><b>od 16.11.2020 r.</b> od godz. 8.00 - całodobowo<br><b>zmiana godzin w dniach:</b><br>24.12.2020 8:00-12:00; 25.12.2020 8:00-12:00<br>26.12.2020 8:00-12:00; 31.12.2020 8:00-12:00<br>01.01.2021 14:00-18:00<br><b>od 04.01.2021 - 12 godzin dziennie w godz. 8:00-20:00)</b>                |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     | S            |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Radom 26-600, ul. Beliny Prażmowskiego 33s - do 15.11.2020 r.<br>Radom 26-600, ul. Beliny Prażmowskiego 17 - od 16.11.2020 r.   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| telefon/ telefony                                 | 412 460 011,<br>412 460 011, 226 020 997 - od 16.11.2020 r.   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data dodania do wykazu                            | 21.10.2020 r.   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |



| Miejsce udzielania świadczeń 18 *                 |   | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|---|-----------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:  | <b>PUNKT POBRAŃ</b> (codziennie w godz. 11.00-17.00)  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     | S            |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Radom 26-600, ul. Królewska 15a   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 412 460 011   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 22.10.2020 r.   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 15.11.2020 r.   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 19 *                 |   | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | <b>PUNKT POBRAŃ</b> (pn 14.00-20.00, wt 8.00-16.00, śr 14.00-20.00, czw 8.00-16.00, pt 8.00-16.00, sb 8.00-16.00, nd 8.00-16.00<br><b>zmiana godzin w dniach:</b><br>24.12.2020 8:00-12:00; 25.12.2020 8:00-12:00<br>26.12.2020 8:00-12:00; 31.12.2020 8:00-12:00<br>01.01.2021 14:00-18:00)  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     | S            |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wyszaków 07-200, ul. Geodetów 45  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 226 020 997   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 30.10.2020 r.   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 20 *                 |   | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | <b>PUNKT POBRAŃ</b><br>(do 22.11.2020 r.: codziennie w godz. 8.00-12.30<br><b>od 23.11.2020 r.:</b> pn 8.00-14.00, wt 14.00-20.00, śr 8.00-14.00, czw 14.00-20.00, pt 8.00-14.00, sb 8.00-14.00, nd 8.00-14.00<br><b>zmiana godzin w dniach:</b><br>24.12.2020 8:00-12:00; 25.12.2020 8:00-12:00<br>26.12.2020 8:00-12:00; 31.12.2020 8:00-12:00<br>01.01.2021 14:00-18:00) |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     | S            |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Pułtusk 06-100, ul. Białowiejska 5  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 226 020 997   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 02.11.2020 r.   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 31.12.2020 r.   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 21 *                 |   | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | <b>PUNKT POBRAŃ</b><br>(do 22.11.2020 r.: codziennie w godz. 8.00-12.30<br><b>od 23.11.2020 r.:</b> pn 14.00-20.00, wt 8.00-14.00, śr 8.00-14.00, czw 14.00-20.00, pt 8.00-14.00, sb 8.00-14.00, nd 8.00-14.00<br><b>zmiana godzin w dniach:</b><br>24.12.2020 8:00-12:00; 25.12.2020 8:00-12:00<br>26.12.2020 8:00-12:00; 31.12.2020 8:00-12:00<br>01.01.2021 14:00-18:00) |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     | S            |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Legionowo 05-120, ul. Jana III Sobieskiego 33 ( przy zbiegu ulic Jana III Sobieskiego i Jerzego Siwińskiego)  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 226 020 997   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 02.11.2020 r.   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |
|---|--|-----------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|--|
| Miejsce udzielania świadczeń 22 *                 |  | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |  |
| nazwa:  | <b>PUNKT POBRAŃ</b><br>(do 22.11.2020 r.: codziennie w godz. 8.00-12.30<br><b>od 23.11.2020 r.:</b> pn 14.00-20.00, wt 14.00-20.00, śr 8.00-14.00, czw 8.00-14.00, pr 8.00-14.00, sb 8.00-14.00, nd 8.00-14.00<br><b>zmiana godzin w dniach:</b><br>24.12.2020 8:00-12:00; 25.12.2020 8:00-12:00<br>26.12.2020 8:00-12:00; 31.12.2020 8:00-12:00<br>01.01.2021 14:00-18:00)  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     | S            |                                  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Żyrardów 96-300, ul. Rotmistrza Witolda Pileckiego 25/27   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |
| telefon/ telefony                                 | 226 020 997  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |
| Data dodania do wykazu                            | 02.11.2020 r.  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 23 *                 |  | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |  |
| nazwa:  | <b>PUNKT POBRAŃ</b><br>(do 22.11.2020 r.: codziennie w godz. 8.00-12.30<br><b>od 23.11.2020 r.:</b> pn 8.00-14.00, wt 14.00-20.00, śr 8.00-14.00, czw 8.00-14.00, pt 14.00-20.00, sb 8.00-14.00, nd 8.00-14.00<br><b>zmiana godzin w dniach:</b><br>24.12.2020 8:00-12:00; 25.12.2020 8:00-12:00<br>26.12.2020 8:00-12:00; 31.12.2020 8:00-12:00<br>01.01.2021 14:00-18:00)  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     | S            |                                  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grójec 05-600, ul. Drogowców 12 (przy basenie miejskim) - do 05.11.2020 r.,<br>Grójec 05-600, ul. Piotra Skargi 12 - od 07.11.2020 r.  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |
| telefon/ telefony                                 | 226 020 997  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |
| Data dodania do wykazu                            | 03.11.2020 r.  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 24 *                 |  | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |  |
| nazwa:  | <b>PUNKT POBRAŃ</b><br>(do 22.11.2020 r.: pn 14.00-20.00, wt 8.00-12.30, śr 8.00-12.30, czw 8.00-12.30, pt 14.00-20.00, sb 8.00-12.30, nd 8.00-12.30<br><b>od 23.11.2020 r.:</b> pn 14.00-20.00, wt 8.00-14.00, śr 8.00-14.00, czw 8.00-14.00, pt 14.00-20.00, sb 8.00-14.00, nd 8.00-14.00<br><b>zmiana godzin w dniach:</b><br>24.12.2020 8:00-12:00; 25.12.2020 8:00-12:00<br>26.12.2020 8:00-12:00; 31.12.2020 8:00-12:00<br>01.01.2021 14:00-18:00) |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     | S            |                                  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ciechanów 06-400, ul. 17 stycznia 60 B (przy MOSIR)  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |
| telefon/ telefony                                 | 226 020 997  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |
| Data dodania do wykazu                            | 04.11.2020 r.  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |

| Miejsce udzielania świadczeń 25 *                 |   | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|---|-----------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:  | <b>PUNKT POBRAŃ</b><br>(codziennie w godz: 8.00-20.00<br><b>zmiana godzin w dniach:</b><br>24.12.2020 8:00-12:00; 25.12.2020 8:00-12:00<br>26.12.2020 8:00-12:00; 31.12.2020 8:00-12:00<br>1.01.2021 14:00-18:00)   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     | S            |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 03-738, ul. Kijowska 2a  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 226 020 997   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 05.11.2020 r.   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 26 *</b>          |   | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | <b>PUNKT POBRAŃ</b><br>(do 22.11.2020 r.: pn 8.00-14.00, wt 8.00-14.00, śr 13.30-19.30, czw 8.00-14.00, pt 8.00-14.00, sb 8.00-14.00, nd 13.30-19.30<br><b>od 23.11.2020 r.:</b> pn 8.00-14.00, wt 8.00-14.00, śr 14.00-20.00, czw 8.00-14.00, pt 8.00-14.00, sb 8.00-14.00, nd 14.00-20.00<br><b>zmiana godzin w dniach:</b><br>24.12.2020 8:00-12:00; 25.12.2020 8:00-12:00<br>26.12.2020 8:00-12:00; 31.12.2020 8:00-12:00<br>1.01.2021 14:00-18:00) |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     | S            |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Płock 09-400, Plac Celebry Papieskiej 1 (przy Hali Orlen Arena)   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 226 020 997   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 09.11.2020 r.   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 03.01.2021 r.   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 27 *</b>          |   | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | <b>PUNKT POBRAŃ</b><br>(od 16.11.2020 od godz. 8.00 - całodobowo<br><b>zmiana godzin w dniach:</b><br>24.12.2020 8:00-12:00; 25.12.2020 8:00-12:00<br>26.12.2020 8:00-12:00; 31.12.2020 8:00-12:00<br>1.01.2021 14:00-18:00)<br><b>od 04.01.2021 - 12 godzin dziennie w godz. 8:00-20:00</b>  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     | S            |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-806, ul. Puławska 387 - do 16.11.2020 r. do godz. 20.00.,<br>Warszawa 02-781, ul. Roentgena 46/10 - od 16.11.2020 r. od godz. 20.00.  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 226 020 997   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 16.11.2020 r.   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 28 *</b>          |   | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | <b>ŚWIADCZENIA STOMATOLOGICZNE W PODMIOCIE LECZNICZYM (dostępność codziennie 24 godz. na dobę)</b>  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Radom, ul. Prażmowska 17  |                       |  |             |            | X                                   |                                    |                                     |              |                                  |

|                           |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---------------------------|---------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| telefon/ telefony         | 48 670 04 12  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Data dodania do wykazu    | 01.01.2021 r. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 82       |  | kategoria realizowanych świadczeń |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |
|---|--|-----------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|--|
| nazwa:  | Centrum Kompleksowej Rehabilitacji sp. z o.o.                      |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Konstancin -Jeziorna 05-510, ul. Gąsiorowskiego 12/14              |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |
| telefon/ telefony:                                | 22 703 00 00   |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |
| identyfikator REGON                               | 017173368  |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |  | transport sanitarny**             | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |  |
| nazwa:  | Diagnostyka Sp. z o. o., Kraków 31-864, ul. Prof. Życzkowskiego 16 |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kraków 31-864, ul. Prof. Życzkowskiego 16                          |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |
| telefon/ telefony                                 | 22 822 69 05   |                                   |          |             |            |                                     | X                                  |                                     |              |                                  |  |
| Data dodania do wykazu                            | 04.04.2020 r.  |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 30.05.2020 r.  |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 83       |  | kategoria realizowanych świadczeń |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |
|---|--|-----------------------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|--|
| nazwa:  | Mazowieckie Centrum Rehabilitacji Stocer Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Konstancin-Jeziorna 05-510, ul. Wierzejewskiego 12                               |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |
| telefon/ telefony:                                | 22 711 90 00   |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |
| identyfikator REGON                               | 142013120  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |  | transport sanitarny**             | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |  |
| nazwa:  | IZBA PRZYJĘĆ   |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Konstancin-Jeziorna 05-510, ul. Wierzejewskiego 12                               |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |
| telefon/ telefony                                 | 22 711 90 25   |                                   |  |             |            |                                     |                                    | X                                   |              |                                  |  |
| Data dodania do wykazu                            | 09.04.2020 r.  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 2*                   |  | transport sanitarny**             | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |  |
| nazwa:  | Szpital I poziomu zabezpieczenia   |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Konstancin Jeziorna 05-510, ul. Wierzejewskiego 12                               |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |
| telefon/ telefony                                 | 22 711 90 00   |                                   | X  |             |            |                                     |                                    |                                     |              | I                                |  |
| Data dodania do wykazu                            | 15.09.2020 r.  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 3*                   |  | transport sanitarny**             | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |  |
| nazwa:  | Szpital I poziomu zabezpieczenia   |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Pruszków 05-800, ul. Warsztatowa 1   |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |
| telefon/ telefony                                 | 22 770 94 98   |                                   | X  |             |            |                                     |                                    |                                     |              | I                                |  |
| Data dodania do wykazu                            | 15.09.2020 r.  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 22.10.2020 r.  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 4*                   |  | transport sanitarny**             | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |  |

|   |                                    |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |  |   |
|---|------------------------------------|-----------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|--|--|---|
| nazwa:  | Szpital I poziomu zabezpieczenia   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |  |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-315, ul. Barska 16/20  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |  |   |
| telefon/ telefony                                 | 22 82 22 535                       |                       | X  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |  | I                                       |
| Data dodania do wykazu                            | 15.09.2020 r.                      |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |  |   |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 11.11.2020 r.                      |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |  |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 5*</b>            |                                    | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |  |  | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:  | Szpital II poziomu zabezpieczenia  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |  |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Pruszków 05-800, ul. Warsztatowa 1 |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |  |   |
| telefon/ telefony                                 | 22 770 94 98                       |                       | X  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |  | II                                      |
| Data dodania do wykazu                            | 23.10.2020 r.                      |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |  |   |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                    |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |  |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 6*</b>            |                                    | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |  |  | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:  | Szpital II poziomu zabezpieczenia  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |  |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-315, ul. Barska 16/20  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |  |   |
| telefon/ telefony                                 | 22 82 22 535                       |                       | X  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |  | II                                      |
| Data dodania do wykazu                            | 12.11.2020 r.                      |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |  |   |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 06.01.2021 r.                      |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |  |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 7*</b>            |                                    | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |  |  | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:  | Szpital I poziomu zabezpieczenia   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |  |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-315, ul. Barska 16/20  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |  |   |
| telefon/ telefony                                 | 22 82 22 535                       |                       | X  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |  | I                                       |
| Data dodania do wykazu                            | 07.01.2021 r.                      |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |  |   |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                    |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |  |   |

|  |  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |   |
|--|--|--|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|--|---|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 84</b> | od 12.04.2020 r.   | <b>kategoria realizowanych świadczeń</b> |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |   |
| nazwa:   | Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Lipsku |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Lipsko 27-300, ul. Jędrzeja Śniadeckiego 2                       |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |   |
| telefon/ telefony:                                 | 48 378 36 00   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |   |
| identyfikator REGON                                | 670997773  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>            |  | transport sanitarny**                    | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |   |  | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:   | <b>IZBA PRZYJĘĆ</b>  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Lipsko 27-300, ul. Jędrzeja Śniadeckiego 2                       |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |   |
| telefon/ telefony                                  | 48 378 35 37   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              | X |  |   |
| Data dodania do wykazu                             | 12.04.2020 r.  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |   |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2*</b>             |  | transport sanitarny**                    | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |   |  | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:   | Szpital I poziomu zabezpieczenia                                 |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Lipsko 27-300, ul. Jędrzeja Śniadeckiego 2                       |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |   |
| telefon/ telefony                                  | 48 378 35 37   |  | X  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  | I                                       |
| Data dodania do wykazu                             | 15.09.2020 r.  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |   |
| Data wykreślenia z wykazu                          | 08.11.2020 r.  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |   |

| Miejsce udzielania świadczeń 3*                   |   | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|---|-----------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:  | <b>PUNKT POBRAŃ</b><br>(do 19.10.2020 r.: codziennie w godz. 7.00-11.30, od 20.10.2020 r. do 13.01.2021 r.: pn 7.00-12.00, wt 15.00-20.00, śr 7.00-12.00, czw 15.00-20.00, pt 7.00-12.00, sb 7.00-12.00, nd 7.00-12.00<br>od 14.01.2021 r.: pn 7.00-12.00, wt 15.00-20.00, śr 7.00-12.00, czw 15.00-20.00, pt 7.00-12.00, sb 8.00-10.00, nd 8.00-10.00) |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     | S            |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lipsko 27-300, ul. Jędrzeja Śniadeckiego 2  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 48 378 35 42  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 21.09.2020 r.   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 4*                   |   | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | Szpital II poziomu zabezpieczenia   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lipsko 27-300, ul. Jędrzeja Śniadeckiego 2  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 48 378 35 37  |                       | X  |             |            |                                     |                                    |                                     |              | II                               |
| Data dodania do wykazu                            | 09.11.2020 r.   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 31.12.2020 r.   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 5*                   |   | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | Szpital I poziomu zabezpieczenia  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lipsko 27-300, ul. Jędrzeja Śniadeckiego 2  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 48 378 35 37  |                       | X  |             |            |                                     |                                    |                                     |              | I                                |
| Data dodania do wykazu                            | 01.01.2021 r.   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

|  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 85</b> | od 07.04.2020 r.                                | <b>kategoria realizowanych świadczeń</b> |  |  |  |  |  |  |  |  |
| nazwa:   | Mazowieckie Centrum Neuropsychiatrii Sp. z o.o. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Wiązowna 05-462, Zagórze                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| telefon/ telefony:                                 | 22 468 24 00                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| identyfikator REGON                                | 142011670                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |                            | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|----------------------------|-----------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:  | <b>IZBA PRZYJĘĆ</b>        |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Józefów, ul. 3-go Maja 127 |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 22 468 25 96               |                       |  |             |            |                                     |                                    | X                                   |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 07.04.2020 r.              |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                            |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 86</b> | od 14.04.2020 r.   | <b>kategoria realizowanych świadczeń</b> |  |  |  |  |  |  |  |  |
| nazwa:   | Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Zwoleniu |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Zwolenie 26-700, Aleja Pokoju 5                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| telefon/ telefony:                                 | 48 676 20 37   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| identyfikator REGON                                | 670204896  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |  | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|--|-----------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:  | IZBA PRZYJĘĆ   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zwoleń 26-700, ul. W. Jagiełły 12  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 48 676 22 39, 48 677 91 63   |                       |  |             |            |                                     |                                    | X                                   |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 14.04.2020 r.  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 *                  |  | transport sanitarny** | leczenie                                 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | Centrum Medyczne MedGen  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-954, ul. Wiktorii Wiedeńskiej 9A   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 |  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 27.04.2020 r.  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 30.05.2020 r.  |                       |  |             |            |                                     |                                    | X                                   |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 3*                   |  | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | Szpital I poziomu zabezpieczenia   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zwoleń 26-700, ul. W. Jagiełły 12  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 48 676 22 39, 48 677 91 63   |                       | X  |             |            |                                     |                                    |                                     |              | I                                |
| Data dodania do wykazu                            | 15.09.2020 r.  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 4*                   |  | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | <b>PUNKT POBRAŃ</b><br>(do 19.10.2020 r.: pon-pt w godz. 10.00-14.30, sb-nd w godz. 8.00-12.30,<br>od 20.10.2020 r. do 27.10.2020 r.: pn 10.00-14.30, wt 12.00-16.30, śr 10.00-14.30, czw 10.00-14.30, pt 12.00-16.30, sb 8.00-12.30, nd 8.00-12.30,<br>od 28.10.2020 r. do 28.02.2021 r.: pn 10.00-14.00, wt 12.00-16.00, śr 10.00-14.00, czw 10.00-14.00, pt 12.00-16.00, sb 8.00-12.00, nd 8.00-12.00<br>od 01.03.2021 r.: pn 10.00-13.00, wt 13.00-16.00, śr 10.00-13.00, czw 10.00-13.00, pt 13.00-16.00, sb 8.00-11.00, nd 8.00-11.00) |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zwoleń 26-700, Aleja Pokoju 5  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 501 556 313  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 21.09.2020 r.  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     | S            |                                  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 87       | od 20.04.2020 r.   | kategoria realizowanych świadczeń |
|---|--|-----------------------------------|
| nazwa:  | Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im. prof. Witolda Orłowskiego Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego w Warszawie |                                   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 00-416, ul. Czerniakowska 231   |                                   |
| telefon/ telefony:                                | 22 584 12 50   |                                   |
| identyfikator REGON                               | 000290883  |                                   |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |  | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|--|-----------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:  | IZBA PRZYJĘĆ                           |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 00-416, ul. Czerniakowska 231 |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 22 584 12 18                           |                       |  |             |            |                                     |                                    | X                                   |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 20.04.2020 r.                          |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 2*                   |  | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | Szpital I poziomu zabezpieczenia       |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 00-416, ul. Czerniakowska 231 |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 22 584 12 18                           |                       | X  |             |            |                                     |                                    |                                     |              | I                                |
| Data dodania do wykazu                            | 15.09.2020 r.                          |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 11.11.2020 r.                          |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 3*                   |  | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | Szpital II poziomu zabezpieczenia      |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 00-416, ul. Czerniakowska 231 |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 22 584 12 18                           |                       | X  |             |            |                                     |                                    |                                     |              | II                               |
| Data dodania do wykazu                            | 12.11.2020 r.                          |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 31.12.2020 r.                          |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 4*                   |  | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | Szpital I poziomu zabezpieczenia       |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 00-416, ul. Czerniakowska 231 |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 22 584 12 18                           |                       | X  |             |            |                                     |                                    |                                     |              | I                                |
| Data dodania do wykazu                            | 01.01.2021 r.                          |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 28.02.2021 r.                          |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 5*                   |  | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | Szpital II poziomu zabezpieczenia      |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 00-416, ul. Czerniakowska 231 |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 22 584 12 18                           |                       | X  |             |            |                                     |                                    |                                     |              | II                               |
| Data dodania do wykazu                            | 01.03.2021                             |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 88       | od 21.04.2020 r.                                      | kategoria realizowanych świadczeń |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|---|-----------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| nazwa:  | Szpital Solec Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością |                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 00-382, ul. Solec 93                         |                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| telefon/ telefony:                                | 22 250 62 48  |                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| identyfikator REGON                               | 142628955   |                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |                               | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|-------------------------------|-----------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:  | SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 00-382, ul. Solec 93 |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 22 250 61 35                  |                       |  |             |            |                                     |                                    | X                                   |              |                                  |



|   |  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
|---|--|-----------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|--|
| Data dodania do wykazu                            | 21.04.2020 r.  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2*</b>            |  | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |  |
| nazwa:  | Szpital I poziomu zabezpieczenia   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 00-382, ul. Solec 93  |                       | X  |             |            |                                     |                                    |                                     |              | I                                       |  |
| telefon/ telefony                                 | 22 250 61 35   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data dodania do wykazu                            | 15.09.2020 r.  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3 *</b>           |  | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |  |
| nazwa:  | <b>PUNKT POBRAŃ</b><br>(do 18.10.2020 r.: pn-pt w godz. 10.30-15.00, sb-nd w godz. 8.00-12.30,<br>od 19.10.2020 r. do 26.10.2020 r.: pn 15.00-20.00, wt 10.00-15.00, śr 10.00-15.00, czw 10.00-15.00, pt 15.00-20.00, sb 8.00-13.00, nd 8.00-13.00,<br>od 27.10.2020 r. do 20.12.2020 r.: pn 15.00-20.00, wt 10.00-20.00, śr 10.00-20.00, czw 10.00-20.00, pt 15.00-20.00, sb 8.00-13.00, nd 8.00-13.00<br>w dniu 21.12.2020 r.: pn 15.00-19.00, wt 10.00-14.00, śr 10.00-14.00, czw 10.00-19.00, pt 15.00-19.00, sb 08.00-12.00, nd 08.00-12.00<br>od 22.12.2020 r. do 09.02.2021 r.: pn 15.00-19.00, wt 10.00-14.00, śr 10.00-14.00, czw 10.00-14.00, pt 15.00-19.00, sb 08.00-12.00, nd 08.00-12.00<br>od 10.02.2021 r.: pn 15.00-17.00, wt 10.00-12.00, śr 10.00-12.00, czw 10.00-12.00, pt 15.00-17.00, sb 8.00-10.00, nd 8.00-10.00) |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     | S            |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 00-382, ul. Solec 93 (brama wjazdowa od ul. Kruczkowskiego)   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| telefon/ telefony                                 | 660 766 477  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data dodania do wykazu                            | 15.10.2020 r.  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4 *</b>           |  | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |  |
| nazwa:  | SZPITAL TYMCZASOWY W SZPITALU POŁUDNIOWYM  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa, 02-781, ul. rtm. Witolda Piłeckiego 99   |                       | X  |             |            |                                     |                                    |                                     |              | szpital tymczasowy                      |  |
| telefon/ telefony                                 |  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data dodania do wykazu                            | 13.02.2021 r.  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 89</b> | od 07.04.2020 r.   | <b>kategoria realizowanych świadczeń</b> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| nazwa:   | Samodzielny Wojewódzki Publiczny Zespół Zakładów Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej im. dr Barbary Borzym w Radomiu |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Radom 26-600, ul. Krychnowicka 1   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| telefon/ telefony:                                 | 048 332 45 00  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| identyfikator REGON                                | 670204531  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |                                  | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|----------------------------------|-----------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:  | IZBA PRZYJĘĆ                     |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Radom 26-600, ul. Krychnowicka 1 |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 48 332 23 06                     |                       |  |             |            |                                     |                                    | X                                   |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 07.04.2020 r.                    |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 90       | od 08.04.2020 r.  | kategoria realizowanych świadczeń |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|---|-----------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| nazwa:  | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Mławie |                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Mława 06-500, ul. Anny Dobrskiej 1                      |                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| telefon/ telefony:                                | 23 654 32 35  |                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| identyfikator REGON                               | 000302474   |                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |                                    | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|------------------------------------|-----------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:  | SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY        |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Mława 06-500, ul. Anny Dobrskiej 1 |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 23 654 32 35 wew. 200              |                       |  |             |            |                                     |                                    | X                                   |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 08.04.2020 r.                      |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                    |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

| Miejsce udzielania świadczeń 2*                   |                                    | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|------------------------------------|-----------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:  | Szpital I poziomu zabezpieczenia   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Mława 06-500, ul. Anny Dobrskiej 1 |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 23 654 32 35 wew. 200              |                       | X  |             |            |                                     |                                    |                                     |              | I                                |
| Data dodania do wykazu                            | 15.09.2020 r.                      |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 01.11.2020 r.                      |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

| Miejsce udzielania świadczeń 3*                   |                                    | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|------------------------------------|-----------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:  | Szpital II poziomu zabezpieczenia  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Mława 06-500, ul. Anny Dobrskiej 1 |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 23 654 32 35 wew. 200              |                       | X  |             |            |                                     |                                    |                                     |              | II                               |
| Data dodania do wykazu                            | 02.11.2020 r.                      |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                    |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 91       | od 11.05.2020 r.  | kategoria realizowanych świadczeń |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|---|-----------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| nazwa:  | Szpital św. Anny w Piasecznie, EMC Piaseczno sp. z o.o. |                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Piaseczno 05-500, ul. Mickiewicza 39                    |                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| telefon/ telefony:                                | 22 735 41 00  |                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| identyfikator REGON                               | 142776420   |                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |

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

|  |  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
|--|--|--|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|
| nazwa:   | <b>PUNKT POBRAŃ</b><br>(do 30.09.2020 r.: codziennie w godz. 10.00-12.00, od 01.10.2020 r. do 18.10.2020 r.: codziennie w godz. 9.00-13.30, od 19.10.2020 r. do 21.10.2020 r.: pn 15.00-19.30, wt 9.00-13.30, śr 9.00-13.30, czw 15.00-19.30, pt 9.00-13.30, sb 9.00-13.30, nd 9.00-13.30,<br>od 22.10.2020 r. do 18.12.2020 r.: pn 11.00-19.00, wt 11.00-19.00, śr 11.00-19.00, czw 11.00-19.00, pt 11.00-19.00, sb 8.00-12.00, nd 8.00-12.00<br>od 19.12.2020 r.: pn 15.00-19.00, wt 15.00-19.00, śr 15.00-19.00, czw 15.00-19.00, pt 15.00-19.00, sb 8.00-10.00, nd 8.00-10.00) |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     | 5            |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Piaseczno 05-500, ul. Mickiewicza 39   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| telefon/ telefony                                  | do 30.06.2020 r.: 661 300 329;<br>od 01.07.2020 r.: 22 735 41 00   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| Data dodania do wykazu                             | 11.05.2020 r.  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2*</b>             |  | transport sanitarny**                    | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:   | Szpital I poziomu zabezpieczenia   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Piaseczno 05-500, ul. Mickiewicza 39   |  | X  |             |            |                                     |                                    |                                     |              | I                                       |
| telefon/ telefony                                  | 22 735 41 00   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| Data dodania do wykazu                             | 15.09.2020 r.  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| Data wykreślenia z wykazu                          | 04.11.2020 r.  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3*</b>             |  | transport sanitarny**                    | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:   | Szpital II poziomu zabezpieczenia  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Piaseczno 05-500, ul. Mickiewicza 39   |  | X  |             |            |                                     |                                    |                                     |              | II                                      |
| telefon/ telefony                                  | 22 735 41 00   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| Data dodania do wykazu                             | 05.11.2020 r.  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| Data wykreślenia z wykazu                          | 17.12.2020 r.  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4*</b>             |  | transport sanitarny**                    | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:   | Szpital I poziomu zabezpieczenia   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Piaseczno 05-500, ul. Mickiewicza 39   |  | X  |             |            |                                     |                                    |                                     |              | I                                       |
| telefon/ telefony                                  | 22 735 41 00   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| Data dodania do wykazu                             | 18.12.2020 r.  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 92</b> | od 20.04.2020 r.   | <b>kategoria realizowanych świadczeń</b> |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| nazwa:   | Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Przysucha 26-400, Aleja Jana Pawła II 9A   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| telefon/ telefony:                                 | 48 383 35 05   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| identyfikator REGON                                | 670205134  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>            |  | transport sanitarny**                    | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:   | <b>IZBA PRZYJĘĆ</b>  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |

|   |                                     |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |   |    |
|---|-------------------------------------|-----------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|---|----|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Przysucha 26-400, ul. Partyzantów 8 |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              | X |   |    |
| telefon/ telefony                                 | 48 383 35 05                        |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |   |    |
| Data dodania do wykazu                            | 20.04.2020 r.                       |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |   |    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                     |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |   |    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2*</b>            |                                     | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |   | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |    |
| nazwa:  | Szpital I poziomu zabezpieczenia    |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |   |    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Przysucha 26-400, ul. Partyzantów 8 |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |   |    |
| telefon/ telefony                                 | 48 383 35 05                        |                       | X  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |   | I  |
| Data dodania do wykazu                            | 15.09.2020 r.                       |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |   |    |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 06.10.2020 r.                       |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |   |    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3*</b>            |                                     | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |   | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |    |
| nazwa:  | Szpital II poziomu zabezpieczenia   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |   |    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Przysucha 26-400, ul. Partyzantów 8 |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |   |    |
| telefon/ telefony                                 | 48 383 35 05                        |                       | X  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |   | II |
| Data dodania do wykazu                            | 07.10.2020 r.                       |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |   |    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                     |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |   |    |

|  |  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |   |   |
|--|--|--|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|--|---|---|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 93</b> | od 21.04.2020  | <b>kategoria realizowanych świadczeń</b> |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |   |   |
| nazwa:   | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |   |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Nowe Miasto nad Pilicą 26-420, ul. Tomaszowska 43  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |   |   |
| telefon/ telefony:                                 | 48 674 38 00   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |   |   |
| identyfikator REGON                                | 670205424  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |   |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>            |  | transport sanitarny**                    | leczenie                                 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |  | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |   |
| nazwa:   | ALAB laboratoria sp. z o.o., Medyczne Laboratorium Diagnostyczne, Pracownia Genetyki   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |   |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Warszawa 00-739, ul. Stępińska 22/30   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |   |   |
| telefon/ telefony                                  | 513 017 783  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |   |   |
| Data dodania do wykazu                             | 21.04.2020 r.  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |   |   |
| Data wykreślenia z wykazu                          | 30.05.2020 r.  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |   |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2*</b>             |  | transport sanitarny**                    | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |  | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |   |
| nazwa:   | Szpital I poziomu zabezpieczenia   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |   |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Nowe Miasto nad Pilicą 26-420, ul. Tomaszowska 43  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |   |   |
| telefon/ telefony                                  | 48 674 38 00   |  | X  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |   | I |
| Data dodania do wykazu                             | 15.09.2020 r.  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |   |   |
| Data wykreślenia z wykazu                          | 04.11.2020 r.  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |   |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3 *</b>            |  | transport sanitarny**                    | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |  | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |   |
| nazwa:   | <b>PUNKT POBRAŃ</b><br>(do 19.10.2020 r.:codzienie w godz. 7.15-9.15, od 20.10.2020 r.: pn 7.15-9.15, wt 16.45-18.45, śr 7.15-9.15, czw 7.15-9.15, pt 16.45-18.45, sb 7.15-9.15, nd 7.15-9.15) |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |   |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Nowe Miasto nad Pilicą 26-420, ul. Tomaszowska 43  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |   |   |
| telefon/ telefony                                  | 576 077 099  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |   | S |
| Data dodania do wykazu                             | 28.09.2020 r.  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |  |   |   |

| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |
|---|---|-----------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|--|
| Miejsce udzielania świadczeń 4*                   |   | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |  |
| nazwa:  | Szpital II poziomu zabezpieczenia                 |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nowe Miasto nad Pilicą 26-420, ul. Tomaszowska 43 |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |
| telefon/ telefony                                 | 48 674 38 00                                      |                       | X  |             |            |                                     |                                    |                                     |              | II                               |  |
| Data dodania do wykazu                            | 05.11.2020 r.                                     |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 31.12.2020 r.                                     |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 5*                   |   | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |  |
| nazwa:  | Szpital I poziomu zabezpieczenia                  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nowe Miasto nad Pilicą 26-420, ul. Tomaszowska 43 |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |
| telefon/ telefony                                 | 48 674 38 00                                      |                       | X  |             |            |                                     |                                    |                                     |              | I                                |  |
| Data dodania do wykazu                            | 01.01.2021 r.                                     |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 94       | od 13.05.2020 r.   | kategoria realizowanych świadczeń |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|--|-----------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| nazwa:  | Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny |                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 00-791, ul. Chocimska 24                                |                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| telefon/ telefony:                                | 22 542 14 00   |                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| identyfikator REGON                               | 000288461  |                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |   | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|---|-----------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:  | <b>PUNKT POBRAŃ</b><br>(do 30.09.2020 r.: codziennie w godz. 8.00-12.00, od 01.10.2020 r. do 18.10.2020 r.: codziennie w godz. 8.00-13.00, od 19.10.2020 r. do 26.10.2020 r.: pn 12.00-17.00, wt 9.00-14.00, śr 12.00-17.00, czw 9.00-14.00, pt 9.00-14.00, sb 9.00-14.00, nd 9.00-14.00, od 27.10.2020 r. do 20.12.2020 r.: codziennie w godz. 9.00-15.00 od 21.12.2020 r. do 07.02.2021 r.: codziennie w godz. 9.00-17.00 zmiana godzin w dniach : 24.12.2020 11:00-13:00; 25.12.2020 11:00-13:00 26.12.2020 11:00-13:00; 31.12.2020 11:00-13:00 01.01.2021 11:00-13:00 od 08.02.2021 r.: codziennie w godz.: 9.00-13.00) |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     | S            |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-903, ul. Powsińska 61/63  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 22 55 09 692  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 13.05.2020 r.   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

| Miejsce udzielania świadczeń 2 *                  |   | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|---|-----------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:  | <b>PUNKT POBRAŃ</b><br>(codziennie w godz. 15.00-21.00) |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Powsińska 61/63, 02-903 Warszawa (II punkt)         |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     | S            |                                  |

|                           |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---------------------------|---------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| telefon/ telefony         | 22 55 09 692  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Data dodania do wykazu    | 15.10.2020 r. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu | 20.12.2020 r. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 95       |  | kategoria realizowanych świadczeń |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
|---|--|-----------------------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:  | Diagnostyka Sp. z o.o.   |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kraków 31-864, ul. Prof. Życzkowskiego 16  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony:                                | 663 697 977  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| identyfikator REGON                               | 356366975  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |  | transport sanitarny**             | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | <b>PUNKT POBRAŃ</b><br>(do 30.06.2020 r.: codziennie w godz. 10.00-12.00,<br><b>od 01.07.2020 r. do 04.10.2020 r.:</b> pn-pt w godz. 13:00-15:00, sb-nd w godz. 10:00-12:00,<br><b>od 05.10.2020 r. do 06.11.2020 r.:</b> pn-pt w godz. 8.00-10.00, sb-nd w godz. 10.00-12.00,<br><b>od 07.11.2020 r. do 13.12.2020 r.:</b> codziennie w godz.: 8.00-12.00)<br><b>od 14.12.2020 r.:</b> codziennie w godz.: 8.00-10.00<br>Zmiana godzin akcja nauczyciel<br>11.01.2021 8:00-14:00, 12.01.2021 8:00-14:00<br>13.01.2021 8:00-14:00, 14.01.2021 8:00-14:00<br>15.01.2021 8:00-14:00) |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     | S            |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Aleja Komisji Edukacji Narodowej 61, 02-777 Warszawa (parking Urzędu Dzielnicy Ursynów)  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 663 697 977  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 18.05.2020 r.  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 28.02.2021 r.  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 2*                   |  | transport sanitarny**             | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | <b>PUNKT POBRAŃ</b> (codziennie w godz. 8.00-10.00)  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białobrzegi 26-800, ul. Spacerowa 29   |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 663 697 977  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 20.10.2020 r.  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 3*                   |  | transport sanitarny**             | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | <b>PUNKT POBRAŃ</b><br>(do 03.11.2020 r.: codziennie w godz. 8.00-12.00,<br><b>od 04.11.2020 r. do 10.01.2021 r.:</b> codziennie w godz. 8.00-10.00<br><b>od 11.01.2021 r.:</b> codziennie w godz. 10.00-12.00)  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Radom 26-600, al. J. Grzegorzewskiego 28 (M1 Centrum Handlowe)   |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 663 697 977  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 26.10.2020 r.  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 28.02.2021 r.  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 96       |  | kategoria realizowanych świadczeń |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
|---|--|-----------------------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:  | od 04.04.2020 r.<br>Medicover Sp. z o.o.   |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 00-807, Al. Jerozolimskie 96  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony:                                | 500 900 500  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| identyfikator REGON                               | 012396508  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |  | transport sanitarny**             | leczenie                                 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | ALAB laboratoria sp. z o.o., Medyczne Laboratorium Diagnostyczne, Pracownia Genetyki |                                   |  |             |            |                                     | X                                  |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 00-739, ul. Stępińska 22/30   |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 22 349 60 12   |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 04.04.2020 r.  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 30.05.2020 r.  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 2*                   |  | transport sanitarny**             | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | Szpital II poziomu zabezpieczenia  |                                   | X  |             |            |                                     |                                    |                                     |              | II                               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-972, ul. Rzeczypospolitej 5  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 500 900 900  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 05.11.2020 r.  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 11.02.2021 r.  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 97       |   | kategoria realizowanych świadczeń |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
|---|---|-----------------------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:  | od 27.04.2020 r.<br>Europejskie Centrum Zdrowia Otwock Sp. z o.o. |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 01-014, ul. Żytnia 16 lok. C                             |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony:                                | 22 710 33 30  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| identyfikator REGON                               | 015880498   |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |   | transport sanitarny**             | leczenie                                 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | Centrum Medyczne MedGen   |                                   |  |             |            |                                     | X                                  |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-954, ul. Wiktorii Wiedeńskiej 9A                      |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 22 213 94 40  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 27.04.2020 r.   |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 30.05.2020 r.   |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 2*                   |   | transport sanitarny**             | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | Szpital I poziomu zabezpieczenia                                  |                                   | X  |             |            |                                     |                                    |                                     |              | I                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Otwock 05-400, ul. Borowa 14/18                                   |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 22 710 33 30  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 15.09.2020 r.   |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 98       |   | kategoria realizowanych świadczeń |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|---|-----------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| nazwa:  | od 15.06.2020 r.<br>SPZOZ im. Marszałka Józefa Piłsudskiego w Płońsku |                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Płońsk, 09-100, ul. H. Sienkiewicza 7                                 |                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| telefon/ telefony:                                | 570 804 607   |                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| identyfikator REGON                               | 000308703   |                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |   | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|---|-----------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:  | <b>PUNKT POBRAŃ</b><br>(do 08.09.2020 r.: codziennie w godz. 10.00-12.00; od 09.09.2020 r. do 19.10.2020 r.: codziennie w godz. 10.20.-14.30,<br>od 20.10.2020 r. do 26.10.2020 r.: pn 10.00-14.30, wt 15.00-19.30, śr 10.00-14.30, czw 15.00-19.30, pt 10.00-14.30, sb 10.00-14.30, nd 10.00-14.30<br>od 27.10.2020 r. do 21.12.2020 r.: pn 10.00-14.00, wt 10.00-14.00, 15.00-19.00, śr 10.00-14.00, czw 10.00-14.00, 15.00-19.00, pt 10.00-14.00, sb 7.00-19.00, nd 7.00-19.00<br>od 22.12.2020 r.: pn 10.00-14.00, wt 10.00-14.00, 15.00-19.00, śr 10.00-14.00, czw 10.00-14.00, 15.00-19.00, pt 10.00-14.00, sb 10.00-14.00, nd 10.00-14.00<br>zmiana godzin w dniu: 24.12.2020 r.: 10.00-14.00<br>zmiana godzin akcja nauczyciel<br>11.01.2021 07:00-19:00, 12.01.2021 07:00-19:00<br>13.01.2021 07:00-19:00, 14.01.2021 07:00-19:00<br>15.01.2021 07:00-19:00) |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     | S            |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Płońsk, 09-100, ul. H. Sienkiewicza 7   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 570 804 607   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 15.06.2020 r.   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2*</b>            |   | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | Szpital I poziomu zabezpieczenia  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Płońsk, 09-100, ul. H. Sienkiewicza 7   |                       | X  |             |            |                                     |                                    |                                     |              | I                                |
| telefon/ telefony                                 | 570 804 607   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 15.09.2020 r.   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 16.11.2020 r.   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3*</b>            |   | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | Szpital II poziomu zabezpieczenia   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Płońsk, 09-100, ul. H. Sienkiewicza 7   |                       | X  |             |            |                                     |                                    |                                     |              | II                               |
| telefon/ telefony                                 | 570 804 607   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 17.11.2020 r.   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 99       | od 15.09.2020 r.                         | kategoria realizowanych świadczeń |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
|---|--|-----------------------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:  | ARION Med. Sp. z o.o. Szpital w Gorzewie |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 04-854, ul. Kazimierza Króla    |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony:                                | 24 236 09 00                             |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| identyfikator REGON                               | 060690742                                |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1*</b>            |  | transport sanitarny**             | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | Szpital I poziomu zabezpieczenia         |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gorzewo 09-500, ul. Kruk 5               |                                   | X  |             |            |                                     |                                    |                                     |              | I                                |
| telefon/ telefony                                 | 24 236 09 00                             |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 15.09.2020 r.                            |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |



|   |                                   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
|---|-----------------------------------|-----------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|--|
| Data wykreślenia z wykazu                         | 25.10.2020 r.                     |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2*</b>            |                                   | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |  |
| nazwa:  | Szpital II poziomu zabezpieczenia |                       | X  |             |            |                                     |                                    |                                     |              | II                                      |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gorzewo 09-500, ul. Kruk 5        |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| telefon/ telefony                                 | 24 236 09 00                      |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data dodania do wykazu                            | 26.10.2020 r.                     |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |

|   |   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
|---|---|--|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 100</b> | od 01.10.2020 r.  | <b>kategoria realizowanych świadczeń</b> |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| nazwa:  | Samodzielny Zespół Publicznych Zakładów Lecznictwa Otwartego Warszawa Wesoła  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Warszawa 05-075, ul. Kilińskiego 48   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| telefon/ telefony:                                  | 22 773 74 50  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| identyfikator REGON                                 | 011337194   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>             |   | transport sanitarny**                    | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |  |
| nazwa:  | <b>PUNKT POBRAŃ</b><br>(do 19.10.2020 r.: codziennie w godz. 9.00-13.30,<br>od 20.10.2020 r. do 25.10.2020 r.: pn 9.00-13.30, wt 15.00-19.30, śr 9.00-13.30, czw 15.00-19.30, pt 9.00-13.00, sb 9.00-13.00, nd 9.00-13.00,<br>od 26.10.2020 r. do 17.11.2020 r.: 9.00-14.00, wt 13.00-18.00, śr 9.00-14.00, czw 13.00-18.00, pt 9.00-14.00, sb 9.00-13.30, nd 9.00-13.30<br>od 18.11.2020 r. do 01.02.2021 r.: pn 9.00-14.00, wt 13.00-18.00, śr 9.00-14.00, czw 13.00-18.00, pt 9.00-14.00, sb 9.00-11.00, nd 9.00-11.00<br>zmiana godzin w dniach:<br>24.12.2020 9:00-12:00; 25.12.2020 9:00-11:00<br>oraz zamknięcie punktu pobrań w dni świąteczne tj. 26-27.12.2020 r.<br>Zmiana godzin akcja nauczyciel<br>11.01.2021 09:00-16:00; 12.01.2021 11:00-18:00<br>13.01.2021 09:00-16:00; 14.01.2021 11:00-18:00<br>15.01.2021 09:00-16:00<br>od 02.02.2021 r.: pn - pt w godz. 12.00-15.00, sb - nieczynny, nd - nieczynny) |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     | S            |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Warszawa 05-075, ul. Kilińskiego 48   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| telefon/ telefony                                   | 667 514 281   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data dodania do wykazu                              | 01.10.2020 r.   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                           |   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |

|   |   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
|---|---|--|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 101</b> | od 05.10.2020 r.  | <b>kategoria realizowanych świadczeń</b> |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| nazwa:  | Samodzielny Zespół Publicznych Zakładów Lecznictwa Otwartego Warszawa Bemowo-Włochy |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Warszawa 01-315, ul. Gen. Meriana C. Coopera 5                                      |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| telefon/ telefony:                                  | 22 638 90 55  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| identyfikator REGON                                 | 017202242   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>             |   | transport sanitarny**                    | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |  |

|   |  |   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
|---|--|---|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|
| nazwa:  |  | <b>PUNKT POBRAŃ</b><br>(do 19.10.2020 r.: pn.-pt. w godz. 13.00-15.00, sb.-nd. w godz. 9.00-11.00,<br>od 20.10.2020 r. do 25.10.2020 r.: pn 13.00-15.30, wt 15.00-17.30, śr 13.00-15.30, czw 15.00-17.30, pt 13.00-15.30, sb 9.00-11.00, nd 9.00-11.00,<br>od 26.10.2020 r. do 01.12.2020 r.: pn 13.00-17.00, wt. 13.00-17.00, śr 13.00-17.00, czw 13.00-17.00, pt 13.00-17.00, sb 9.00-11.00, nd 9.00-11.00<br>od 02.12.2020 r.: pn 13.00-16.00, wt 13.00-16.00, śr 13.00-16.00, czw 13.00-16.00, pt 13.00-16.00, sb 9.00-11.00, nd 9.00-11.00<br><b>Zmiana godzin akcja nauczyciel</b><br>11.01.2021 13:00-17:00, 12.01.2021 13:00-17:00<br>13.01.2021 13:00-17:00, 14.01.2021 13:00-17:00<br>15.01.2021 13:00-17:00) |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |  | Warszawa 01-315, ul. Gen. Meriana C. Coopera 5  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| telefon/ telefony                                   |  | 787 867 448   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| Data dodania do wykazu                              |  | 05.10.2020 r.   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2 *</b>             |  | transport sanitarny**   | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:  |  | <b>PUNKT POBRAŃ</b><br>(do 19.10.2020 r.: pn.-pt. w godz. 13.00-15.00, sb.-nd. w godz. 9.00-11.00,<br>od 20.10.2020 r. do 25.10.2020 r.: pn 13.00-15.30, wt 15.00-17.30, śr 13.00-15.30, czw 15.00-17.30, pt 13.00-15.30, sb 9.00-11.00, nd 9.00-11.00,<br>od 26.10.2020 r. do 01.12.2020 r.: pn 13.00-17.00, wt. 13.00-17.00, śr 13.00-17.00, czw 13.00-17.00, pt 13.00-17.00, sb 9.00-11.00, nd 9.00-11.00<br>od 02.12.2020 r. do 14.02.2021 r.: pn 13.00-16.00, wt 13.00-16.00, śr 13.00-16.00, czw 13.00-16.00, pt 13.00-16.00, sb 9.00-11.00, nd 9.00-11.00<br>od 15.02.2021 r.: pn 13.00-15.00, wt 13.00-15.00, śr 13.00-15.00, czw 13.00-15.00, pt 13.00-15.00, sb - nieczynny, nd - nieczynny)                  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |  | Warszawa 02-471, ul. Cegielniana 8  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| telefon/ telefony                                   |  | do 11.10.2020 r.: 539 677 074<br>od 12.10.2020 r.: 787 867 448  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| Data dodania do wykazu                              |  | 07.10.2020 r.   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 102</b> |  | <b>kategoria realizowanych świadczeń</b>  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| nazwa:  |  | Samodzielny Zespół Publicznych Zakładów Lecznictwa Otwartego Warszawa-Mokotów   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   |  | Warszawa 02-513, ul. Antoniego Józefa Madalińskiego 13  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| telefon/ telefony:                                  |  | 22 541 72 70  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| identyfikator REGON                                 |  | 000985823   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>             |  | transport sanitarny**   | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |

|   |  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |   |  |
|---|--|--|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|---|--|
| nazwa:  | <b>PUNKT POBRAŃ</b><br>(do 11.10.2020 r.: codziennie w godz. 13.00-15.00, od 12.10.2020 r. do 19.10.2020 r.: pon.-czw. w godz. 16.30-18.30, pt. w godz. 9.00-11.00, sb.-nd. 14.00-16.00, od 20.10.2020 r. do 29.10.2020 r.: pn 16.30-18.30, wt 16.30-18.30, śr 16.30-18.30, czw 16.30-18.30, pt 16.30-18.30, sb 14.00-16.00, nd 14.00-16.00, od 30.10.2020 r.: pn 16.30-18.30, wt 16.30-18.30, śr 16.30-18.30, czw 16.30-18.30, pt 16.30-18.30, sb 9.00-11.00, nd 9.00-11.00<br><b>zmiana godzin akcja nauczyciel</b><br>11.01.2021 16:30-20:30, 12.01.2021 16:30-20:30<br>13.01.2021 16:30-20:30, 14.01.2021 16:30-20:30<br>15.01.2021 16:30-20:30) |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              | S |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Warszawa 02-958, ul. Potockiego Stanisława Kostki 31a  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |   |  |
| telefon/ telefony                                   | 517 395 364 do 24.02.2021 r.<br>506 941 414 od 25.02.2021 r.   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |   |  |
| Data dodania do wykazu                              | 05.10.2020 r.  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2 *</b>             |  | transport sanitarny**                    | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |   | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |  |
| nazwa:  | <b>PUNKT POBRAŃ</b><br>(pn 15.30-17.30, wt 15.30-17.30, śr 15.30-17.30, czw 15.30-17.30, pt 15.30-17.30, sb 9.00-11.00, nd 9.00-11.00<br><b>zmiana godzin akcja nauczyciel</b><br>11.01.2021 15:30-19:30, 12.01.2021 15:30-19:30<br>13.01.2021 15:30-19:30, 14.01.2021 15:30-19:30<br>15.01.2021 15:30-19:30)  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              | S |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Warszawa 00-725, ul. Chełmska 13/17  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |   |  |
| telefon/ telefony                                   | 572 554 784 do 24.02.2021 r.<br>506 941 540 od 25.02.2021 r.   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |   |  |
| Data dodania do wykazu                              | 30.10.2020 r.  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |   |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 103</b> | od 06.10.2020 r.   | <b>kategoria realizowanych świadczeń</b> |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |   |  |
| nazwa:  | Samodzielny Zespół Publicznych Zakładów Lecznictwa Otwartego Warszawa-Wawer  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Warszawa 04-564, ul. Dr Józefa Strusia 4/8   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |   |  |
| telefon/ telefony:                                  | 22 812 00 43   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |   |  |
| identyfikator REGON                                 | 013076183  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>             |  | transport sanitarny**                    | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |   | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |  |



|   |   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
|---|---|-----------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|--|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 01-887, ul. Stefana Żeromskiego 13   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| telefon/ telefony                                 | 532 725 439   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data dodania do wykazu                            | 05.10.2020 r.   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2 *</b>           |   | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |  |
| nazwa:  | <b>PUNKT POBRAŃ</b><br>(do 08.12.2020 r.: pn 10.00-18.00, wt 10.00-15.00, śr 10.00-18.00, czw 10.00-15.00, pt 10.00-18.00, sb 8.00-13.00, nd 8.00-13.00)<br>od 09.12.2020 r.: pn 10.00-15.00, wt 10.00-15.00, śr 10.00-15.00, czw 10.00-15.00, pt 10.00-15.00, sb 09.00-12.00, nd 9.00-12.00)   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     | S            |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 01-992, ul. Conrada 15   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| telefon/ telefony                                 | do 25.10.2020 r.: 577 755 807<br>od 26.10.2020 r.: 538 513 635  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data dodania do wykazu                            | 19.10.2020 r.   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 19.12.2020 r.   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3 *</b>           |   | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |  |
| nazwa:  | <b>PUNKT POBRAŃ</b><br>(do 08.12.2020 r.: codziennie w godz.: 12.00-17.00)<br>od 09.12.2020 r. do 20.12.2020 r.: pn 12.00-17.00, wt 12.00-17.00, śr 12.00-17.00, czw 12.00-17.00, pt 12.00-17.00, sb 12.00-15.00, nd 12.00-15.00<br>od 21.12.2020 r.: pn 14.00-17.00, wt 14.00-17.00, śr 14.00-17.00, czw 14.00-17.00, pt 14.00-17.00, sb 12.00-15.00, nd 12.00-15.00<br><b>zamknięcie punktu pobrań w dni świąteczne, tj. 25-27.12.2020 r. oraz 01.01.2021 r.)</b> |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     | S            |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 01-983, ul. Kazimierza Wóycickiego 14 (parking przy pętli autobusowej)   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| telefon/ telefony                                 | 538 516 182   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data dodania do wykazu                            | 19.11.2020 r.   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 10.01.2021 r.   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4 *</b>           |   | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |  |



|   |   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
|---|---|-----------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|
| nazwa:  | Samodzielny Zespół Publicznych Zakładów Lecznictwa Otwartego<br>Warszawa Praga Południe   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 04-082, ul. Krypska 39   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| telefon/ telefony:                                | 22 810 06 04  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| identyfikator REGON                               | 012867570   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>           |   | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:  | <b>PUNKT POBRAŃ</b><br>(do 28.10.2020 r.: pn.-pt. w godz. 11.00-13.00, sb.-nd. w godz. 9.00-11.00,<br>od 29.10.2020 r. do 13.02.2021 r.: pn 11.00-13.00, wt 11.00-13.00, śr 15.00-17.00, czw 15.00-17.00, pt 11.00-13.00, sb 9.00-11.00, nd 9.00-11.00<br>zmiana godzin w dniach:<br>24.12.2020 11:00-13:00<br>31.12.2020 11:00-13:00<br>zmiana godzin akcja nauczyciel<br>11.01.2021 11:00-14:00, 12.01.2021 11:00-14:00<br>13.01.2021 11:00-14:00, 14.01.2021 11:00-14:00<br>15.01.2021 11:00-14:00<br>od 14.02.2021 r. do 26.02.2021 r.: pn 11.00-13.00, wt 11.00-13.00, śr 15.00-17.00, czw 15.00-17.00, pt 11.00-13.00, sb 9.00-11.00, nd - nieczynny;<br>od 27.02.2021 r.: pn 11.00-13.00, wt 11.00-13.00, śr 15.00-17.00, czw 15.00-17.00, pt 11.00-13.00, sb - nieczynny, nd - nieczynny; ) |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     | S            |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 04-390, ul. Kickiego 24  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| telefon/ telefony                                 | 22 810 25 95  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| Data dodania do wykazu                            | 08.10.2020 r.   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |

|   |   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
|---|---|--|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 107</b> | od 12.10.2020 r.  | <b>kategoria realizowanych świadczeń</b> |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| nazwa:  | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Warszawa-Białoleka |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Warszawa 03-125, ul. Milenijna 4                                  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| telefon/ telefony:                                  | 22 519 33 03  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| identyfikator REGON                                 | 016292906   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>             |   | transport sanitarny**                    | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |





| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |   | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|---|-----------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:  | <b>PUNKT POBRAŃ</b><br>(do 28.10.2020 r.: pn-pt w godz. 12.00-14.00, sb-nd w godz. 9.00-11.00,<br><b>od 29.10.2020 r.:</b> pn 13.00-17.00, wt 13.00-17.00, śr 12.00-14.00, czw 12.00-14.00, pt 12.00-14.00, sb 9.00-11.00, nd 9.00-11.00<br><b>zmiana godzin w dniach:</b><br>24.12.2020 9:00-11:00; 25.12.2020 9:00-11:00<br>26.12.2020 9:00-11:00; 27.12.2020 9:00-11:00<br>31.12.2020 12:00-14:00; 01.01.2021 9:00-11:00<br>02.01.2021 9:00-11:00; 03.01.2021 9:00-11:00<br><b>zmiana godzin akcja nauczyciel</b><br>11.01.2021 13:00-18:00, 12.01.2021 13:00-18:00<br>13.01.2021 13:00-18:00, 14.01.2021 13:00-18:00<br>15.01.2021 13:00-18:00) |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     | S            |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Szydłowiec 26-500, ul. Wschodnia 7  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 510 922 239   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 13.10.2020 r.   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 *                  |   | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | <b>PUNKT POBRAŃ</b><br>(dnia 17.10.2020 i 18.10.2020 r.: w godz. 12.00-13.00,<br><b>od 19.10.2020 r.:</b> pn 15.00-17.00, wt 15.00-17.00, śr 15.00-17.00, czw 15.00-17.00, pt 15.00-17.00, sb 11.00-13.00, nd 11.00-13.00<br><b>zmiana godzin w dniach:</b><br>24.12.2020 10:00-12:00; 25.12.2020 11:30-13:30<br>26.12.2020 12:30-14:30; 27.12.2020 11:00-13:00<br>31.12.2020 10:00-12:00; 01.01.2021 10:30-12:30<br>02.01.2021 11:00-13:00; 03.01.2021 11:00-13:00<br><b>zmiana godzin akcja nauczyciel</b><br>11.01.2021 12:00-21:00, 12.01.2021 12:00-21:00<br>13.01.2021 12:00-21:00, 14.01.2021 12:00-21:00<br>15.01.2021 12:00-21:00)         |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     | S            |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-679, ul. Modzelewskiego 37  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 223 491 197   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 17.10.2020 r.   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 *                  |   | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |

|   |  |   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |   |  |
|---|--|---|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|---|--|
| nazwa:                                  | <b>PUNKT POBRAŃ</b><br>(pn 16.00-18.00, wt 16.00-18.00, śr 16.00-18.00, czw 16.00-18.00, pt 16.00-18.00, sb 13.00-15.00, nd 13.00-15.00)<br><b>zmiana godzin w dniach:</b><br>24.12.2020 9:00-11:00; 25.12.2020 9:00-11:00<br>26.12.2020 9:00-11:00; 27.12.2020 13:00-15:00<br>31.12.2020 10:00-12:00; 01.01.2021 11:00-13:00<br>02.01.2021 13:00-15:00; 03.01.2021 13:00-15:00<br><b>zmiana godzin akcja nauczyciel</b><br>11.01.2021 14:00-21:00, 12.01.2021 14:00-21:00<br>13.01.2021 14:00-21:00, 14.01.2021 14:00-21:00<br>15.01.2021 14:00-21:00)  |   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              | S |   |  |
|   | adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Warszawa 03-984, ul. Fieldorfa 10                 |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |   |  |
|   | telefon/ telefony  | 223 491 197                                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |   |  |
|   | Data dodania do wykazu   | 17.10.2020 r.                                     |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |   |  |
|   | Data wykreślenia z wykazu  |   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4 *</b> |  | transport sanitarny**                             | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |   | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |  |
| nazwa:                                  | <b>PUNKT POBRAŃ</b><br>(do 29.11.2020 r.: pn 8.00-12.00, wt 13.00-17.00, śr 8.00-12.00, czw 13.00-17.00, pt 8.00-12.00, sb 8.00-12.00, nd 8.00-12.00<br><b>od 30.11.2020 r. do 18.01.2021 r.:</b> pn 13.00-17.00, wt 13.00-17.00, śr 8.00-12.00, czw 13.00-17.00, pt 8.00-12.00, sb 8.00-12.00, nd 8.00-12.00<br><b>zmiana godzin w dniach:</b><br>24.12.2020 8:00-11:00; 25.12.2020 8:00-11:00<br>26.12.2020 8:00-11:00; 27.12.2020 8:00-11:00<br>31.12.2020 8:00-11:00; 01.01.2021 13:00-16:00<br>02.01.2021 8:00-12:00; 03.01.2021 8:00-12:00<br><b>zmiana godzin akcja nauczyciel</b><br>11.01.2021 08:00-18:00, 12.01.2021 08:00-18:00<br>13.01.2021 08:00-18:00, 14.01.2021 08:00-18:00<br>15.01.2021 08:00-18:00<br><b>od 19.01.2021 r.:</b> pn 15.00-17.00, wt 15.00-17.00, śr 15.00-17.00, czw 15.00-17.00, pt 15.00-17.00, sb 11.00-13.00, nd 11.00-13.00) |   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              | S |   |  |
|   | adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Warszawa 00-110, Plac Defilad 1 (punkt przy PKiN) |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |   |  |
|   | telefon/ telefony  | 22 349 11 97                                      |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |   |  |
|   | Data dodania do wykazu   | 04.11.2020 r.                                     |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |   |  |
|   | Data wykreślenia z wykazu  |   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 5 *</b> |  | transport sanitarny**                             | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |   | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |  |





|   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |
|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|---|--|--|
| nazwa:  | <b>PUNKT POBRAŃ</b><br>(do 13.12.2020 r.: pn. 15.00-20.00, wt. 15.00-20.00, śr. 15.00-20.00, czw. 15.00-20, pt.15.00-20.00, sb. 8.00-13.00, nd. 8.00-13.00)<br><b>od 14.12.2020 r. do 08.01.2021 r.:</b> pn. 15.00-17.00, wt. 15.00-17.00, śr. 15.00-17.00, czw. 15.00-17.00, pt.15.00-17.00, sb. 11.00-13.00, nd. 11.00-13.00<br>zmiana godzin w dniach:<br>24.12.2020 8:00-10:00; 25.12.2020 13:30-15:30<br>26.12.2020 10:30-12:30; 27.12.2020 10:30-12:30)<br><b>od 09.01.2021 r.:</b> pn 15.00-17.00, wt 15.00-17.00, śr 15.00-17.00, czw 15.00-17.00, pt 15.00-17.00, sb 8.00-10.00, nd 8.00-10.00<br><b>zmiana godzin akcja nauczyciel</b><br>11.01.2021 15:00 20:00, 12.01.2021 15:00 20:00<br>13.01.2021 15:00 20:00, 14.01.2021 15:00 20:00<br>15.01.2021 15:00 20:00) |  |  |  |  |  |  |  |  | S |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-495, ul. Sosnkowskiego 18 (dzielnica Ursus)   |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |
| telefon/ telefony                                 | 513 011 866   |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |
| Data dodania do wykazu                            | 19.10.2020 r.   |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |

|   |   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |   |  |
|---|---|--|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|---|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 113</b> | od 17.10.2020 r.  | <b>kategoria realizowanych świadczeń</b> |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |   |  |
| nazwa:  | MEDI GEN Sp. z o.o.   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Warszawa 01-496, ul. Morcinka 5/19  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |   |  |
| telefon/ telefony:                                  | 22 638 35 38  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |   |  |
| identyfikator REGON                                 | 012448352   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>             |   | transport sanitarny**                    | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |   |  |
| nazwa:  | <b>PUNKT POBRAŃ</b><br>(do 25.10.2020 r.: pn. 8.00-20.00, wt 8.00-20.00, śr 8.00-20.00, czw 8.00-20.00, pt 8.00-20.00, sb 8.00-20.00, nd 8.00-20.00,<br><b>od 26.10.2020 r.:</b> pn 10.00-18.00, wt 10.00-15.00, śr 10.00-15.00, czw 10.00-15.00, pt 10.00-15.00, sb 10.00-15.00, nd 10.00-15.00) |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   | S |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Warszawa 01-496, ul. Morcinka 5/19  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |   |  |
| telefon/ telefony                                   | (22) 638 35 38, 882 740 819   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |   |  |
| Data dodania do wykazu                              | 17.10.2020 r.   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                           |   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |   |  |

|   |  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |  |
|---|--|--|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|--|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 114</b> | od 17.10.2020 r.                                     | <b>kategoria realizowanych świadczeń</b> |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |  |
| nazwa:  | Medyczne Laboratoria Diagnostyczne INVICTA Sp.z o.o. |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Sopot 81-740, ul. Polna 64                           |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |  |
| telefon/ telefony:                                  | 58 585 88 10   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |  |
| identyfikator REGON                                 | 367195781  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>             |  | transport sanitarny**                    | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |  |  |



| Miejsce udzielania świadczeń 2 *                  |   | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|---|-----------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:  | <b>PUNKT POBRAŃ</b><br>(do 20.12.2020 r.: pn 10.00-15.00, wt 10.00-15.00, śr 12.00-18.00, czw 10.00-15.00, pt 10.00-15.00, sb 10.00-14.00, nd 10.00-14.00<br>od 21.12.2020 r.: pn 10.00-15.00, wt 10.00-15, śr 12.00-16.00, czw 10.00-15.00, pt 10.00-15.00, sb 10.00-12.00, nd 10.00-12.00)    |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     | S            |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 03-042, ul. Marywilska 44 do 06.12.2020 r.<br>Warszawa 03-289, ul. Ostródzka 70B (przy stacji LPG) od 07.12.2020 r.  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 797 730 116 do 06.12.2020 r.<br>519 627 993 od 07.12.2020 r.  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 09.11.2020 r.   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 *                  |   | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | <b>PUNKT POBRAŃ</b><br>(do 20.12.2020 r.: pn 10.00-15.00, wt 10.00-15.00, śr 12.00-18.00, czw 10.00-15.00, pt 10.00-15.00, sb 10.00-14.00, nd 10.00-14.00<br>od 21.12.2020 r.: pn 10.00-15.00, wt 10.00-15.00, śr 12.00-16.00, czw 10.00-15.00, pt 10.00-15.00, sb 10.00-12.00, nd 10.00-12.00) |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     | S            |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Józefów 05-420, ul. Piłsudskiego 160 (obok KFC)   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 519 627 993   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 25.11.2020 r.   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

|   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 116</b> | od 30.10.2020 r.                                | <b>kategoria realizowanych świadczeń</b> |  |  |  |  |  |  |  |  |
| nazwa:  | CENTRUM MEDYCZNE FUNDAMENTI Sp. z o.o. (Ząbki)  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Ząbki 05-091, ul. Księdza Ignacego Skorupki 37A |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| telefon/ telefony:                                  | 507 726 919                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| identyfikator REGON                                 | 360706066                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 * |   | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|----------------------------------|---|-----------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:                           | <b>PUNKT POBRAŃ</b><br>(do 10.11.2020 r.: codziennie w godz.: 9.00-17.00,<br>od 11.11.2020 r. do 05.02.2021 r.: pn 9.00-17.00, wt 9.00-17.00, śr 9.00-17.00, czw 9.00-17.00, pt 9.00-17.00, sb 9.00-13.00, nd 9.00-13.00<br>zmiana godzin w dniach:<br>24.12.2020 9:00-13:00, 25.12.2020 9:00-13:00<br>26.12.2020 9:00-13:00, 27.12.2020 9:00-13:00<br>31.12.2020 9:00-13:00, 01.01.2021 11:00-15:00<br>02.01.2021 9:00-13:00, 03.01.2021 9:00-13:00<br>od 06.02.2021 r.: pn 9.00-17.00, wt 9.00-17.00, śr 9.00-17.00, czw 9.00-17.00, pt 9.00-17.00, sb - nieczynny, nd - nieczynny) |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     | S            |                                  |

|   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ząbki 05-091, ul. Juliusza Słowackiego 21 (Parking MOSIR Ząbki) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| telefon/ telefony                                 | 735 753 107   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Data dodania do wykazu                            | 30.10.2020 r.   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 117      |  | kategoria realizowanych świadczeń |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
|---|--|-----------------------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:  | Krajowa Fundacja Medyczna  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 03-411, Al. Solidarności 12   |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony:                                | 22 863 63 46   |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| identyfikator REGON                               | 015528241  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |  | transport sanitarny**             | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | <b>PUNKT POBRAŃ</b><br>(do 09.11.2020 r.: codziennie w godz.: 10.00-16.00,<br>od 10.11.2020 r. do 13.01.2021 r.: codziennie w godz. 11.00-15.00<br>od 14.01.2021 r.: codziennie w godz. 11.00-14.00) |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     | S            |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 03-411, Al. Solidarności 12   |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 509 030 981  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 30.10.2020 r.  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 118      |  | kategoria realizowanych świadczeń |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
|---|--|-----------------------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:  | CENTRUM MEDYCZNE MEDICA SPÓŁKA Z O. O.   |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Płock 09-411, ul. Chemików 7   |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony:                                | 24 365 09 25/30  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| identyfikator REGON                               | 610381010  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |  | transport sanitarny**             | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | <b>PUNKT POBRAŃ</b><br>(do 09.11.2020 r.: pn 16.00-19.00, wt 16.00-19.00, śr 16.00-19.00,<br>czw 16.00-19.00, pt 16.00-19.00, sb 9.00-12.00, nd 9.00-12.00,<br>od 10.11.2020 r. do 01.12.2020 r.: pn 16.00-19.00, wt 16.00-19.00, śr 16.00-19.00, czw 16.00-19.00, pt 16.00-19.00, sb 9.00-11.00, nd 9.00-11.00<br>od 02.12.2020 r.: pn 16.00-18.00, wt 16.00-18.00, śr 16.00-18.00,<br>czw 16.00-18.00, pt 16.00-18.00, sb 9.00-11.00, nd 9.00-11.00) |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     | S            |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Płock 09-411, ul. Chemików 7 (parking)   |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 797 566 725  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 05.11.2020 r.  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 20.12.2020 r.  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 119      |   | kategoria realizowanych świadczeń |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|---|-----------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| nazwa:  | Grupa Zdrowie Sp. z o.o. (Grupa Zdrowie Szymanowskiego) |                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 03-477, ul. Karola Szymanowskiego 6/61A        |                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| telefon/ telefony:                                | 22 619 63 70  |                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| identyfikator REGON                               | 147040468   |                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |



| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |   | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|---|-----------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:  | <b>PUNKT POBRAŃ</b><br>(całodobowo 09.11.2020 r. od 7.00.<br>zmiana godzin w dniach:<br><b>24.12.2020 na 00:00-15:00; 25.12.2020 na 8:00-24:00)</b> |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     | S            |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 03-477, ul. Karola Szymanowskiego 8/113  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 784 927 998   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 09.11.2020 r.   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 120      | 05.11.2020   | kategoria realizowanych świadczeń |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
|---|--|-----------------------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:  | Szpital Św. Elżbiety - Mokotowskie Centrum Medyczne Sp. z o.o. |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-616, ul. Seweryna Goszczyńskiego 1                 |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony:                                | 22 254 09 05   |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| identyfikator REGON                               | 146174422  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |  | transport sanitarny**             | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | Szpital II poziomu zabezpieczenia                              |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-616, ul. Seweryna Goszczyńskiego 1                 |                                   | X  |             |            |                                     |                                    |                                     |              | II                               |
| telefon/ telefony                                 |  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 05.11.2020 r.  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 14.01.2021 r.  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 121      | 05.11.2020   | kategoria realizowanych świadczeń |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
|---|--|-----------------------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:  | FALCK MEDYCYNĄ SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ   |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 01-102, ul. Olbrachta 94  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony:                                | 22 535 91 00   |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| identyfikator REGON                               | 015755741  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |  | transport sanitarny**             | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | <b>ZESPÓŁ TRANSPORTU SANITARNEGO</b>   |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA AL. KSIĘCIA J. PONIATOWSKIEGO 1 (tymczasowe miejsce udzielania świadczeń dla MSWiA)   |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | GŁÓWNY DYSPOZYTOR PRM W WARSZAWIE<br>do 15.11.2020 r.: 22 525 12 09,<br>od 16.11.2020 r.: 22 852 12 22<br>od 29.12.2020 r. Główny Dyspozytor PRM - zgłoszenia z terenu rejonu RO 14/01 Warszawa – tel. 22 852 12 22 (od 01.01.2021 r. tel. 22 525 13 33) | 1                                 |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 05.11.2020 r.  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 *                  |  | transport sanitarny**             | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | <b>ZESPÓŁ TRANSPORTU SANITARNEGO</b>   |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

|   |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-507, ul. Wołoska 137   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| telefon/ telefony                                 | GŁÓWNY DYSPOZYTOR PRM W WARSZAWIE<br>do 15.11.2020 r.: 22 525 12 09,<br>od 16.11.2020 r. : 22 852 12 22<br><b>od 29.12.2020 r. Główny Dyspozytor PRM - zgłoszenia z terenu rejonu RO 14/01 Warszawa – tel. 22 852 12 22 (od 01.01.2021 r. tel. 22 525 13 33)</b> | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Data dodania do wykazu                            | 07.11.2020 r.  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 122      |  | kategoria realizowanych świadczeń |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
|---|--|-----------------------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:  | HOLLI MED. POINT Kinga Holli   |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-123. ul. Władysława Korotyńskiego 42/7   |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony:                                | 505 899 528  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| identyfikator REGON                               | 147332981  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |  | transport sanitarny**             | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | <b>PUNKT POBRAŃ</b><br>(do 23.11.2020 r.: pn 8.00-12.00, wt 15.30-19.30, śr 8.00-12.00, czw 15.30-19.30, pt 8.00-12.00, sb 9.00-13.00, nd 13.00-15.00<br><b>od 24.11.2020 r. do 01.12.2020 r.:</b> pn 15.00-19.00, wt 15.00-19.00, śr 15.00-19.00, czw 9.30-13.30, pt 15.00-19.00, sb 10.00-14.00, nd 13.00-15.00<br><b>od 02.12.2020 r. do 03.02.2021 r.:</b> pn 15.00-19.00, wt 15.00-19.00, śr 15.00-19.00, czw 9.30-13.30, pt 15.00-19.00, sb 10.00-12.00, nd 13.00-15.00<br>zmiana godzin w dniu 25.12.2020 r.: 15.00-17.00<br>zmiana godzin akcja nauczyciel<br>15.01.2021 r.: 13:00-20:00)<br><b>od 04.02.2021 r.:</b> pn 15.00-19.00, wt 15.00-19.00, śr 15.00-19.00, czw 15.00-19.00, pt 15.00-19.00, sb - nieczynny, nd - nieczynny) |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     | S            |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-972, ul. Prymasa Augusta Hlonda 1 (teren Świątyni Opatrzności Bożej, wjazd bramą D od ulicy Sejmu Czteroletniego)  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 791 280 019  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 16.11.2020 r.  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 123      |   | kategoria realizowanych świadczeń |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
|---|---|-----------------------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:  | Niepubliczny Zespół Zakadów Opieki Zdrowotnej "WIGOR" Sp. z o.o. w Legionowie |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Legionowo 05-120, ul. Jana Kozińskiego 13a                                    |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony:                                | 22 690 00 99  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| identyfikator REGON                               | 385993793   |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |   | transport sanitarny**             | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | NZ ZOZ WIGOR SP. Z O.O. - IZOLATORIUM typ I                                   |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Legionowo 05-120, ul. Jana Kozińskiego 13a                                    |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 604 105 111   |                                   |  | X<br>typ I  |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 17.11.2020 r.   |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 124      |  | kategoria realizowanych świadczeń |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
|---|--|-----------------------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:  | GRUPA ZDROWIE Arkadiusz Chmieliński (Grupa Zdrowie Głinojeck)  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Płońsk, 09-100, ul. H. Sienkiewicza 7  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony:                                | 532 543 864  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| identyfikator REGON                               | 130148271  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |  | transport sanitarny**             | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | <b>PUNKT POBRAN</b><br>(codziennie w godz.: 7.00-19.00<br>zmiana harmonogramu w dniu 12.02.2021: 7:00-8:30 i 13:30-19:00)          |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     | S            |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Głinojeck 06-450, ul. Ciecchanowska 8  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 532 543 864  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 17.11.2020 r.  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 *                  |  | transport sanitarny**             | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | GRUPA ZDROWIE w Kraszewie-Czubakach - IZOLATORIUM typ I  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kraszewo-Czubaki 23A   |                                   |  | X<br>typ I  |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 22 749 10 70 wew. 276  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 17.11.2020 r.  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 29.01.2021 r.  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 *                  |  | transport sanitarny**             | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | GRUPA ZDROWIE w Kraszewie-Czubakach - IZOLATORIUM typ I  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kraszewo-Czubaki 23A   |                                   |  | X<br>typ I  |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 22 749 10 70 wew. 276  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 18.02.2021 r.  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 125      |  | kategoria realizowanych świadczeń |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| nazwa:  | Samodzielny Zespół Publicznych Zakładów Lecznictwa Otwartego w Piasecznie  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Piaseczno 05-500, ul. Fabryczna 1  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony:                                | 22 462 70 01   |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| identyfikator REGON                               | 16189686   |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |  | transport sanitarny**             | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | <b>PUNKT POBRAN</b><br>(pn 8.00-13.00, wt 8.00-13.00, śr 13.00-18.00, czw 8.00-13.00, pt 8.00-13.00, sb 8.00-11.00, nd 8.00-11.00) |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     | S            |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Piaseczno 05-500, ul. Fabryczna 1 (parking przed wejściem głównym)   |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 781 600 736  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 19.11.2020 r.  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

|   |   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
|---|---|--|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|--|
| Data wykreślenia z wykazu                           | 20.12.2020 r.   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 126</b> | od 23.11.2020 r.  | <b>kategoria realizowanych świadczeń</b> |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| nazwa:  | Centrum Medyczno- Diagnostyczne Sp. z o.o. (Siedlce)  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Siedlce 08-110, ul. KS. Niedziałka 14   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| telefon/ telefony:                                  |   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| identyfikator REGON                                 | 710529892   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>             |   | transport sanitarny**                    | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |  |
| nazwa:  | <b>PUNKT POBRAŃ</b><br>(pn 7.00-12.00, wt 7.00-12.00, śr 7.00-12.00, czw 7.00-12.00, pt 7.00-12.00, sb 8.00-10.00, nd 8.00-10.00<br><b>zmiana godzin w dniach:</b><br>24.12.2020 8:00-10:00; 25.12.2020 8:00-10:00<br>31.12.2020 8:00-10:00; 01.01.2021 8:00-10:00<br>06.01.2021 8:00-10:00<br><b>zmiana godzin akcja nauczyciel</b><br>11.01.2021 07:00-19:00, 12.01.2021 07:00-19:00<br>13.01.2021 07:00-19:00, 14.01.2021 07:00-19:00<br>15.01.2021 07:00-19:00) |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     | S            |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Siedlce 08-110, ul. Kleeberga 2   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| telefon/ telefony                                   | 506 007 403   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data dodania do wykazu                              | 23.11.2020 r.   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                           |   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 127</b> | od 25.11.2020 r.  | <b>kategoria realizowanych świadczeń</b> |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| nazwa:  | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Tarczynie  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Tarczyn 05-555, ul. Warszawska 42   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| telefon/ telefony:                                  | 22 727 70 63  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| identyfikator REGON                                 | 671987015   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>             |   | transport sanitarny**                    | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |  |
| nazwa:  | <b>PUNKT POBRAŃ</b><br>(pn 15.00-19.00, wt 15.00-19.00, śr 15.00-19.00, czw 15.00-19.00, pt 15.00-19.00, sb 9.00-13.00, nd 9.00-13.00<br><b>zmiana godzin w dniach:</b><br>24.12.2020 9:00-13:00; 25.12.2020 9:00-13:00<br>26.12.2020 9:00-13:00; 31.12.2020 9:00-13:00<br>01.01.2021 9:00-13:00)   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     | S            |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Tarczyn 05-555, ul. Warszawska 42   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| telefon/ telefony                                   | 575 467 570   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data dodania do wykazu                              | 25.11.2020 r.   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                           |   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 128</b> | od 19.11.2020 r.  | <b>kategoria realizowanych świadczeń</b> |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| nazwa:  | UZDROWISKA KONSTANCIN-ZDRÓJ" SPÓŁKA AKCYJNA   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Konstancin-Jeziorna 05-510, ul. Sue Ryder 1   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| telefon/ telefony:                                  | 22 756 40 24  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| identyfikator REGON                                 | 000288320   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |  |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |  | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|--|-----------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:  | Sanatorium Uzdrowskowie „Konstancja” - IZOLATORIUM typ I |                       |  | X<br>typ I  |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Konstancin-Jeziorna 05-510, ul. Źródłana 6/8             |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 22 484 28 76<br>667 771 125                              |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 19.11.2020 r.  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 18.12.2020 r.  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 *                  |  | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | Sanatorium Uzdrowskowie „Biały Dom” - IZOLATORIUM typ I  |                       |  | X<br>typ I  |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Konstancin-Jeziorna 05-510, ul. Mostowa 1                |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 22 484 20 37<br>667 771 125                              |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 19.11.2020 r.  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 18.12.2020 r.  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 129      | od 20.11.2020 r.  | kategoria realizowanych świadczeń |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|---|-----------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| nazwa:  | A.S.International Biuro Handlu Zagranicznego z ograniczoną odpowiedzialnością |                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 00-102, ul. Marszałkowska 115/327                                    |                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| telefon/ telefony:                                | 516 567 576   |                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| identyfikator REGON                               | 147191090   |                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |   | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|---|-----------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:  | Bezpieczny Dom Opieki "NESTOR" - IZLOTARIUM typ I |                       |  | X<br>typ I  |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 00-728, ul. Bobrowiecka 9 bud. B         |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 511 817 025<br>537 500 554                        |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 20.11.2020 r.                                     |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 130      | od 23.11.2020 r.               | kategoria realizowanych świadczeń |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|--------------------------------|-----------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| nazwa:  | Kaśmin Dom Seniora Sp. o.o.    |                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Siennica 05-332, Drożdżówka 5a |                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| telefon/ telefony:                                | 25 799 21 23                   |                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| identyfikator REGON                               | 710444492                      |                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |

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



| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |  | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|--|-----------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:  | Centrum Medyczno-Diagnostyczne Sp.z o.o. |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Siedlce 08-110, ul. Nikłowa 9            |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 25 63 33 555                             |                       |  |             | X          |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 08.04.2020 r.                            |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 2        |   | kategoria realizowanych świadczeń |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
|---|---|-----------------------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| od  | 09.04.2020                              |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| nazwa:  | Doc4You sp. z o.o.                      |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-305, al. Jerozolimskie 142A |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony:                                | 22 68 87 964                            |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| identyfikator REGON                               | 364272660                               |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |   | transport sanitarny**             | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | Doc4You sp. z o.o.                      |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-305, al. Jerozolimskie 142A |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 22 68 87 964                            |                                   |  |             | X          |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 09.04.2020 r.                           |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 3        |                                      | kategoria realizowanych świadczeń |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
|---|--------------------------------------|-----------------------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| od  | 14.04.2020                           |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| nazwa:  | Centermed Warszawa Sp. z o.o.        |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 00-631, ul. Waryńskiego 10a |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony:                                | 22 825 77 68                         |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| identyfikator REGON                               | 145847072                            |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |                                      | transport sanitarny**             | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | Centermed Warszawa Sp. z o.o.        |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 00-631, ul. Waryńskiego 10a |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 22 825 77 68                         |                                   |  |             | X          |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 14.04.2020 r.                        |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                      |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 4        |   | kategoria realizowanych świadczeń |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
|---|---|-----------------------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| od  | 17.04.2020 r.                                       |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| nazwa:  | UNIDENT   |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Radom 26-600, ul. Marii Curie-Skłodowskiej 7 A/13 A |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony:                                |   |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| identyfikator REGON                               | 671962989   |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |   | transport sanitarny**             | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | UNIDENT   |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Radom 26-600, ul. Marii Curie-Skłodowskiej 7 A/13 A |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 |   |                                   |  |             | X          |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 17.04.2020 r.                                       |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 5 |               | kategoria realizowanych świadczeń |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|---------------|-----------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| od   | 17.04.2020 r. |                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |

|   |   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
|---|---|-----------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|
| nazwa:  | Renata Blukacz Justyna Grzywacz Medical Office s.c. |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 03-995, ul. Ligustrowa 23L                 |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| telefon/ telefony:                                |   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| identyfikator REGON                               | 671962989   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>           |   | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:  | Renata Blukacz Justyna Grzywacz Medical Office s.c. |                       |  |             | X          |                                     |                                    |                                     |              |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 03-995, ul. Ligustrowa 23L                 |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| telefon/ telefony                                 |   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| Data dodania do wykazu                            | 17.04.2020 r.                                       |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |

|   |  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
|---|--|--|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 6</b> | od 20.04.2020 r.                             | <b>kategoria realizowanych świadczeń</b> |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| nazwa:  | Family Medica sp. z o.o.                     |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-497, ul. Aleksandra Prystora 4/4 |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| telefon/ telefony:                                | 22 883 47 14                                 |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| identyfikator REGON                               | 384258198                                    |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>           |  | transport sanitarny**                    | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:  | Family Medica sp. z o.o.                     |  |  |             | X          |                                     |                                    |                                     |              |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-497, ul. Aleksandra Prystora 4/4 |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| telefon/ telefony                                 | 22 883 47 14                                 |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| Data dodania do wykazu                            | 20.04.2020 r.                                |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |

|   |  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
|---|--|--|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 7</b> | od 20.04.2020 r.   | <b>kategoria realizowanych świadczeń</b> |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| nazwa:  | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Prażmowie |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Prażmów 05-505, ul. Bogusława Ostapowicza 4                |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| telefon/ telefony:                                | 22 756 73 82   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| identyfikator REGON                               | 016075066  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>           |  | transport sanitarny**                    | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:  | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Prażmowie |  |  |             | X          |                                     |                                    |                                     |              |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Prażmów 05-505, ul. Bogusława Ostapowicza 4                |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| telefon/ telefony                                 | 22 756 73 82   |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| Data dodania do wykazu                            | 20.04.2020 r.  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |  |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |   |

|   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 8</b> | od 20.04.2020 r.                              | <b>kategoria realizowanych świadczeń</b> |  |  |  |  |  |  |  |  |
| nazwa:  | Praktyka Lekarska Numer 1 Jarosław Lipczyński |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Miszewo Murowane 09-470 , ul. Południowa 11b  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| telefon/ telefony:                                | 600 854 533                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| identyfikator REGON                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |



| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |   | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|---|-----------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:  | Praktyka Lekarska Numer 1 Jarosław Lipczyński |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Miszewo Murowane 09-470 , ul. Południowa 11b  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 600 854 533                                   |                       |  |             | X          |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 20.04.2020 r.                                 |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 9        | od 21.04.2020 r.                         | kategoria realizowanych świadczeń |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
|---|--|-----------------------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:  | Gabinety Lekarskie Centrum Sp.z o.o.     |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Otwock 05-400, ul. Powstańców Warszawy 3 |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony:                                | 799 119 955, 795 042 203                 |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| identyfikator REGON                               | 365725329                                |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |  | transport sanitarny**             | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | Gabinety Lekarskie Centrum Sp.z o.o.     |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Otwock 05-400, ul. Powstańców Warszawy 3 |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 799 119 955, 795 042 203                 |                                   |  |             | X          |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 21.04.2020 r.                            |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 10       | od 21.04.2020 r.  | kategoria realizowanych świadczeń |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
|---|---|-----------------------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:  | Zespołowa Praktyka Lekarzy Rodzinnych w Wiązownej E. Drewniak, W. Piechowicz Społka Jawna |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wiązowna 05-462, ul. Lubelska 36  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony:                                | 22 78 90 115  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| identyfikator REGON                               | 013212083   |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |   | transport sanitarny**             | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | Zespołowa Praktyka Lekarzy Rodzinnych w Wiązownej E. Drewniak, W. Piechowicz Społka Jawna |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wiązowna 05-462, ul. Lubelska 36  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 22 78 90 115  |                                   |  |             | X          |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 21.04.2020 r.   |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 11       | od 21.04.2020 r.   | kategoria realizowanych świadczeń |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
|---|--|-----------------------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:  | Domańscy & Wojno Społka Cywilna Wspólnicy Spółki Maria Domańska, Zbigniew, Mariusz Wojno |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Sanniki 09-540, ul. Krótka 2   |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony:                                | 602 703 729  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| identyfikator REGON                               | 611424342  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |  | transport sanitarny**             | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | Domańscy & Wojno Społka Cywilna Wspólnicy Spółki Maria Domańska, Zbigniew, Mariusz Wojno |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Sanniki 09-540, ul. Krótka 2   |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 602 703 729  |                                   |  |             | X          |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

|                           |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---------------------------|---------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Data dodania do wykazu    | 21.04.2020 r. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 12       |   | kategoria realizowanych świadczeń |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
|---|---|-----------------------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:  | NZOZ APASJONATA                           |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Siedlce 08-110, ul. Czesława Dylewicza 22 |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony:                                | 25 64 44 461                              |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| identyfikator REGON                               | 710317718                                 |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |   | transport sanitarny**             | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | NZOZ APASJONATA                           |                                   |  |             | X          |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Siedlce 08-110, ul. Czesława Dylewicza 22 |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 25 64 44 461                              |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 21.04.2020 r.                             |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 13       |  | kategoria realizowanych świadczeń |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
|---|--|-----------------------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:  | Przychodnia Vita Med Sp. z o.o. Sp. k.   |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 03-982, ul. Janusza Meissnera 7 |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony:                                | 22 266 88 90                             |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| identyfikator REGON                               | 017248741                                |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |  | transport sanitarny**             | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | Przychodnia Vita Med Sp. z o.o. Sp. k.   |                                   |  |             | X          |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 03-982, ul. Janusza Meissnera 7 |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 22 266 88 90                             |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 22.04.2020 r.                            |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 14       |                                  | kategoria realizowanych świadczeń |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
|---|----------------------------------|-----------------------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:  | Elżbieta Kalinowska KELMED       |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Mokobody 08-124, ul. Cmentarna 2 |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony:                                | 513 072 524                      |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| identyfikator REGON                               | 146089188                        |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |                                  | transport sanitarny**             | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | Elżbieta Kalinowska KELMED       |                                   |  |             | X          |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Mokobody 08-124, ul. Cmentarna 2 |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 513 072 524                      |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 22.04.2020 r.                    |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 15       |  | kategoria realizowanych świadczeń |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|--|-----------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| nazwa:  | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Warszawa Wola-Śródmieście |                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 01-445, ul. Erazma Ciołka 11                                    |                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| telefon/ telefony:                                | 604 141 341  |                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| identyfikator REGON                               | 001018396  |                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |  | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|--|-----------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:  | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Warszawa Wola-Śródmieście |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 01-445, ul. Erazma Ciołka 11                                    |                       |  |             | X          |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 604 141 341  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 23.04.2020 r.  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 16       | od 24.04.2020 r.                                | kategoria realizowanych świadczeń |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|---|-----------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| nazwa:  | Przychodnia Lekarza Rodzinnego Artur Płóciennik |                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Czerwin 07-407, Mazowiecka 13B                  |                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| telefon/ telefony:                                | 694 303 206                                     |                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| identyfikator REGON                               | 551177571                                       |                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |   | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|---|-----------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:  | Przychodnia Lekarza Rodzinnego Artur Płóciennik |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Czerwin 07-407, Mazowiecka 13B                  |                       |  |             | X          |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 694 303 206                                     |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 24.04.2020 r.                                   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 17       | od 29.04.2020 r.                            | kategoria realizowanych świadczeń |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|---|-----------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| nazwa:  | Teragra s.c.                                |                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-936, ul. św. Bonifacego 70/U 10 |                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| telefon/ telefony:                                | 22 842 58 13; 22 642 47 18                  |                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| identyfikator REGON                               | 13179902                                    |                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |   | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|---|-----------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:  | Teragra s.c.                                |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-936, ul. św. Bonifacego 70/U 10 |                       |  |             | X          |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 22 842 58 13; 22 642 47 18                  |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 29.04.2020 r.                               |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 18       | od 04.05.2020 r.   | kategoria realizowanych świadczeń |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|--|-----------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| nazwa:  | Przychodnia - Apteka - Medycyna Estetyczna L. Gula B. Długopolska Spółka Jawna |                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Żelechów 08-430, ul. Staszica 21   |                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| telefon/ telefony:                                | 25 754 10 44   |                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| identyfikator REGON                               | 146686257  |                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |  | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|--|-----------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:  | Przychodnia - Apteka - Medycyna Estetyczna L. Gula B. Długopolska Spółka Jawna |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Żelechów 08-430, ul. Staszica 21   |                       |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |



| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 22       |  | kategoria realizowanych świadczeń |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
|---|--|-----------------------------------|--|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:  | Noble Medicine Premium   |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 00-112, ul. Bagno 2/KLATKA D  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony:                                | 22 610 38 17   |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| identyfikator REGON                               | 368042766  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |  | transport sanitarny**             | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | Noble Medicine Premium   |                                   |  |             | X          |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 00-112, ul. Bagno 2/KLATKA D  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 22 610 38 17   |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 20.05.2020 r.  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 23       |  | kategoria realizowanych świadczeń |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| nazwa:  | Corten Medic Tomasz Sikora   |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-784, ul. Pasaż Ursynowski 9  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony:                                | 606 102 103  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| identyfikator REGON                               | 015053128  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |  | transport sanitarny**             | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | Corten Medic Tomasz Sikora   |                                   |  |             | X          |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-784, ul. Pasaż Ursynowski 9  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 606 102 103  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 08.06.2020 r.  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 24       |  | kategoria realizowanych świadczeń |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| nazwa:  | NZOZ Jutro Medical   |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-607, ul. Jana Czeczota 31  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony:                                | 733 635 631  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| identyfikator REGON                               | 384955359  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |  | transport sanitarny**             | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | NZOZ Jutro Medical   |                                   |  |             | X          |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-607, ul. Jana Czeczota 31  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 733 635 631  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 17.07.2020 r.  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 25       |  | kategoria realizowanych świadczeń |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| nazwa:  | Spółka Cywilna "SALUS" Wspólnicy: Szczepan Mirosław Jaroszewski, Bogdan Jaroszewski, Jacek Pietrucha |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Chorzele 06-330, ul. Grunwaldzka 50  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony:                                | 602 622 520  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| identyfikator REGON                               | 550726981  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |  | transport sanitarny**             | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | Spółka Cywilna "SALUS" Wspólnicy: Szczepan Mirosław Jaroszewski, Bogdan Jaroszewski, Jacek Pietrucha |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Chorzele 06-330, ul. Grunwaldzka 50  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 602 622 520  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 550726981  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                                   |  |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

