

## 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.   | rodzaj 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/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | 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 | Kozienice 26-900, ul. Al. Wł. Sikorskiego 10   |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
| telefon/ telefony                                 | 48 679 72 89; 48 679 72 96   |                                |  |             |                                     |                                    | 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 | 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>(pn 15.00-20.00, wt 10.00-15.00, śr 10.00-15.00, 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                                 | 887 181 170  |                                |  |             |                                     |                                    |                                     | S            |   |
| Data dodania do wykazu                            | 11.05.2020 r.  |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3 *</b>           |  | transport sanitarny**          | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | 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 | Kozienice 26-900, ul. Al. Wł. Sikorskiego 10   |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
| telefon/ telefony                                 | 48 679 72 89; 48 679 72 96   |                                | X  |             |                                     |                                    |                                     |              | II                                      |
| Data dodania do wykazu                            | 15.09.2020 r.  |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 2        | od 09.03.2020 r.                      | rodzaj 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                             |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>           |                                       | transport sanitarny**          | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | 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 | 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                         |                                       |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2 *</b>           |                                       | transport sanitarny**          | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | 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 | Płock 09-400, ul. Medyczna 19         |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
| telefon/ telefony                                 | 24 364 68 71; 24 364 64 03            |                                | X  |             |                                     |                                    |                                     |              | II                                      |
| 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 | dorażne 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 | Płock 09-400, ul. Ignacego Łukasiewicza 35              |                       | X  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |
| telefon/ telefony                                 | 24 364 68 71; 24 364 64 03                              |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |
| Data dodania do wykazu                            | 30.11.2020 r.   |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 3        |  | rodzaj 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                              |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |  | transport sanitarny**          | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | 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 01-201, ul. Wolska 37         |                                |  |             |                                     |                                    | X                                   |              |                                  |  |
| telefon/ telefony                                 | 22 33 55 261                           |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |
| 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 | 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 01-201, ul. Wolska 37         |                                | X  |             |                                     |                                    |                                     |              | II                               |  |
| telefon/ telefony                                 | 22 33 55 261                           |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |
| Data dodania do wykazu                            | 15.09.2020 r.                          |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 4        |   | rodzaj 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   |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |   | transport sanitarny**          | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | 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 | Ostrołęka 07-410, Al. Jana Pawła II 120A  |                                |  |             |                                     |                                    | X                                   |              |                                  |  |
| 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                         |   |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 2*                   |   | transport sanitarny**          | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |  |
| nazwa:  | PUNKT POBRAŃ<br>(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                                 | 29 765 29 21 w godzinach pracy punktu<br>29 765 11 79 poza godzinami pracy punktu |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data dodania do wykazu                            | 01.07.2020 r.   |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3 *</b>           |   | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |  |
| nazwa:  | Szpital II poziomu zabezpieczenia   |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| 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  |                       | X  |             |                                     |                                    |                                     |              | II                                      |  |
| 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 | 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 Wojewody Mazowieckiego                     |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| 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  |                       | X  |             |                                     |                                    |                                     |              | szpital tymczasowy                      |  |
| Data dodania do wykazu                            | 17.03.2021 r.   |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |  |

|   |   |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
|---|---|---------------------------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 5</b> | od 09.03.2020 r.  | <b>rodzaj realizowanych świadczeń</b> |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| nazwa:  | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Siedlcach  |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Siedlce 08 -110, ul. Jana Kilińskiego 29  |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| telefon/ telefony:                                | 25 632 20 61 do 68 wew. 213   |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| identyfikator REGON                               | 000310309   |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1*</b>            |   | transport sanitarny**                 | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |  |
| nazwa:  | <b>IZBA PRZYJĘĆ</b>   |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| 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                         |   |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2*</b>            |   | transport sanitarny**                 | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |  |
| nazwa:  | <b>PUNKT POBRAŃ</b><br>(do 15.03.2021 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<br>od 16.03.2021 r.: pn 10.00-18.00, wt 10.00-18.00, śr 10.00-18.00, czw 10.00-18.00, pt 10.00-18.00, sb 9.00-13.00, nd - nieczynny) |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Siedlce 08 -110, ul. Starowiejska 15  |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| telefon/ telefony                                 | 690 130 968   |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              | S                                       |  |
| Data dodania do wykazu                            | 11.05.2020 r.   |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3*</b>            |   | transport sanitarny**                 | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |  |
| nazwa:  | Szpital II poziomu zabezpieczenia   |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Siedlce 08 -110, ul. Starowiejska 15  |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| telefon/ telefony                                 | 25 632 20 61 do 68 wew. 213   |                                       | X  |             |                                     |                                    |                                     |              | II                                      |  |
| 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 | 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 | 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 02-097, ul. Banacha 1a   |                       | X  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 22 59 91 500                      |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 09.11.2020 r.                     |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                   |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 9        | od 04.04.2020 r.  | rodzaj realizowanych świadczeń |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
|---|---|--------------------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| 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   |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1*                   |   | transport sanitarny**          | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY   |                                |  |             |                                     |                                    | X                                   |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-005, ul. Lindleya 4   |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 22 502 12 00  |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| 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 | 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 02-005, ul. Lindleya 4   |                                | X  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 22 502 12 00  |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 16.10.2020 r.   |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 10       | od 09.03.2020 r.                                  | rodzaj 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/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | 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 | Ciechanów 06-400, ul. Powstańców Wielkopolskich 2 |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 23 673 02 77                                      |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| 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 | 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 | Ciechanów 06-400, ul. Powstańców Wielkopolskich 2 |                                | X  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 23 673 02 77                                      |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 15.09.2020 r.                                     |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 11       |   | rodzaj realizowanych świadczeń |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
|---|---|--------------------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|
| nazwa:  | Radomski Szpital Specjalistyczny im. Tytusa Chałubińskiego    |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Radom 26-610, ul. Lekarska 4                                  |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
| telefon/ telefony:                                | 48 361 52 20  |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
| identyfikator REGON                               | 000315086   |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1*</b>            |   | transport sanitarny**          | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | 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 | Radom 26-610, ul. Tochtermana 1                               |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
| telefon/ telefony                                 | 48 361 52 20  |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
| 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 | 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 | Radom 26-610, ul. Tochtermana 1                               |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
| telefon/ telefony                                 | 48 361 52 20  |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
| 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 | 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 - zgodnie z Decyzją Wojewody Mazowieckiego |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Radom 26-610, ul. Tochtermana 1                               |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
| telefon/ telefony                                 | 48 361 52 20  |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
| Data dodania do wykazu                            | 18.03.2021 r.   |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 12       |   | rodzaj 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. Włoska 137   |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
| telefon/ telefony:                                | 22 508 18 50  |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
| identyfikator REGON                               | 006472651   |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1*</b>            |   | transport sanitarny**          | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | 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 02-507, ul. Włoska 137   |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
| telefon/ telefony                                 | 22 508 15 10  |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
| 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 | 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. Włoska 137   |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
| telefon/ telefony                                 | 22 508 18 50  |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
| Data dodania do wykazu                            | 09.10.2020 r.   |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |

| Miejsce udzielania świadczeń 3*                   |  | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|--|-----------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:  | Szpital tymczasowy - zakresy zgodnie z Decyzją Wojewody                            |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              | szpital tymczasowy               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA AL. KSIĘCIA J. PONIATOWSKIEGO 1 (tymczasowe miejsce udzielania świadczeń) |                       | X  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 22 508 18 50   |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 26.10.2020 r.  |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 13       | od 09.03.2020 r.   | rodzaj realizowanych świadczeń |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
|---|--|--------------------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:  | "LUXURY MEDICAL CARE" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ - SPÓŁKA KOMANDYTOWA       |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 00-195, UL. SŁOMIŃSKIEGO 17/47  |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony:                                | Główny Dyspozytor PRM - zgłoszenia z terenu rejonu RO 14/01 Warszawa – tel. 22 525 13 33 |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| identyfikator REGON                               | 015857134  |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1*                   |  | transport sanitarny**          | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | ZESPÓŁ TRANSPORTU SANITARNEGO  |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 00-716, UL. BARTYCKA 175  |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | Główny Dyspozytor PRM - zgłoszenia z terenu rejonu RO 14/01 Warszawa – tel. 22 525 13 33 | 3                              |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| 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 | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | ZESPÓŁ TRANSPORTU SANITARNEGO  |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 01-201, ul. Wolska 37   |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | Główny Dyspozytor PRM - zgłoszenia z terenu rejonu RO 14/01 Warszawa – tel. 22 525 13 33 | 2                              |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 07.04.2020 r.  |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 14       | od 09.03.2020 r.  | rodzaj realizowanych świadczeń |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
|---|---|--------------------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:  | WOJEWÓDZKA STACJA POGOTOWIA RATUNKOWEGO I TRANSPORTU SANITARNEGO "MEDITRANS" SP ZOZ W WARSZAWIE |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 00-685, UL. POZNAŃSKA 22   |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony:                                | Główny Dyspozytor PRM - zgłoszenia z terenu rejonu RO 14/01 Warszawa – tel. 22 525 13 33        |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| identyfikator REGON                               | 000294674   |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |   | transport sanitarny**          | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | ZESPÓŁ TRANSPORTU SANITARNEGO   |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-625, UL. WORONICZA 19   |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | Główny Dyspozytor PRM - zgłoszenia z terenu rejonu RO 14/01 Warszawa – tel. 22 525 13 33        | 4                              |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| 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 | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|--|-----------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:  | <b>MOBILNY ZESPÓŁ WYMAZOWY</b> - zespoły 12 godzinne od 01.02.2021 r. - 16 zespołów  |                       |  |             |                                     |                                    |                                     | <b>M</b>     |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-625, UL. WORONICZA 19  |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 |  |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 16.10.2020 r.  |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 *                  |  | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | 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>(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) |                       |  |             |                                     |                                    |                                     | <b>S</b>     |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-625, UL. WORONICZA 19  |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | <b>519-197-696</b>   |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 27.10.2020 r.  |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 15       | od 09.03.2020 r.   | rodzaj 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:                                | <b>Główny Dyspozytor PRM - zgłoszenia z terenu rejonu RO 14/02 Płock – tel. 48 375 14 22</b>                             |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| identyfikator REGON                               | 610317845  |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |  | transport sanitarny**          | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne 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>   | <b>1</b>                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PŁOCK 09-402, UL. STRZELECKA 3   |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | <b>Główny Dyspozytor PRM - zgłoszenia z terenu rejonu RO 14/02 Płock – tel. 48 375 14 22</b>                             |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| 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 | dorażne 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>   | <b>1</b>                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | PŁOCK 09-410, UL. Armii Krajowej 62  |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | <b>Główny Dyspozytor PRM - zgłoszenia z terenu rejonu RO 14/02 Płock – tel. 48 375 14 22</b>                             |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 01.11.2020   |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 16       | od 09.03.2020 r.  | rodzaj realizowanych świadczeń |  |  |  |  |  |  |  |
|---|---|--------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| nazwa:  | ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ "SZPITALA POWIATOWEGO" W SOCHACZEWIE |                                |  |  |  |  |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SOCHACZEW 96-500, UL. BATALIONÓW CHŁOPSKICH 3/7               |                                |  |  |  |  |  |  |  |
| telefon/ telefony:                                | 46 864 96 00  |                                |  |  |  |  |  |  |  |
| identyfikator REGON                               | 017222233   |                                |  |  |  |  |  |  |  |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |  | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne 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 | Sochaczew 96-500, ul. Batalionów Chłopskich 3/7  |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 46 864 96 00   |                       |  |             |                                     |                                    | X                                   |              |                                  |
| 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 | 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 21.03.2021 r.: pn 7.00-14.00, wt 11.00-18.00, śr 7.00-14.00, czw 7.00-14.00, pt 11.00-18.00, sb 7.00-10.00, nd 7.00-10.00<br>od 22.03.2021 r.: pn 7.00-19.00, wt 7.00-19.00, śr 7.00-19.00, czw 7.00-19.00, pt 7.00-19.00, sb 7.00-10.00, nd 7.00-10.00<br>dnia 5.04.2021 7.00-10.00) |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Sochaczew 96-500, ul. Batalionów Chłopskich 3/7  |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 46 864 95 52 do 16.03.2021 r.<br>46 864 98 30 od 17.03.2021 r.   |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 28.05.2020 r.  |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                       |  |             |                                     |                                    |                                     | S            |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 *                  |  | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | 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 | 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                         |  |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              | II                               |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 *                  |  | transport sanitarny** | leczenie                                 | izolatorium | dorażne 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 | SOCHACZEW 96-500, UL. BATALIONÓW CHŁOPSKICH 3/7  |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | Główny Dyspozytor PRM - zgłoszenia z terenu rejonu RO 14/02 Płock – tel. 48 375 14 22  | 1                     |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 04.11.2020 r.  |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 17       | od 09.03.2020 r.  | rodzaj realizowanych świadczeń |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
|---|---|--------------------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:  | RADOMSKA STACJA POGOTOWIA RATUNKOWEGO   |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RADOM 26-600, UL. TOCHTERMANA 1   |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony:                                | Główny Dyspozytor PRM - zgłoszenia z terenu rejonu RO 14/03 Radom – tel. 48 375 14 02 |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| identyfikator REGON                               | 670206286   |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |   | transport sanitarny**          | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | ZESPÓŁ TRANSPORTU SANITARNEGO   |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RADOM 26-600, UL. TOCHTERMANA 1   |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | Główny Dyspozytor PRM - zgłoszenia z terenu rejonu RO 14/03 Radom – tel. 48 375 14 02 | 1                              |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2020 r.   |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 18       | od 09.03.2020 r.  | rodzaj 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, UL. B-PA I ŚWIRSKIEGO 38  |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
| telefon/ telefony:                                | Główny Dyspozytor PRM - zgłoszenia z terenu rejonu RO 14/04 Siedlce – tel. 507 703 430  |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
| identyfikator REGON                               | 000297550   |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>           |   | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:  | ZESPÓŁ TRANSPORTU SANITARNEGO   | 2                     |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SIEDLCE 08-110, UL. B-PA I ŚWIRSKIEGO 38  |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
| telefon/ telefony                                 | 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                         |   |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |

|  |  |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
|--|--|---------------------------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 19</b> | od 09.03.2020 r.   | <b>rodzaj realizowanych świadczeń</b> |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
| 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, UL. KOŚCIUSZKI 49  |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
| telefon/ telefony:                                 | 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 | 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, UL. ROLNA 28   |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
| telefon/ telefony                                  | 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>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 20</b> | od 18.03.2020 r.  | <b>rodzaj 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, UL. 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 | 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  | OTWOCK 05-400, UL. KONARSKIEGO 13   |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
| telefon/ telefony                                  | Główny Dyspozytor PRM - zgłoszenia z terenu rejonu RO 14/01 Warszawa – 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 | 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  |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |



|   |   |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |  |   |
|---|---|-----------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|--|---|
| nazwa:  | <b>IZBA PRZYJĘĆ</b>   |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |  |   |
| 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                            | 07.04.2020 r.   |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |  |   |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |  |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2 *</b>           |   | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | 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 15.03.2021 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<br>od 16.03.2021 r.: pn 8.00-12.00, wt 14.00-18.00, śr 8.00-12.00, czw 14.00-18.00, pt 8.00-12.00, sb 8.00-12.00, nd 8.00-12.00) |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |  |   |
| 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 3 *</b>           |   | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |  | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| 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 4 *</b>           |   | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | 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   |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |  |   |
| telefon/ telefony                                 | 261 852 601; 261 852 606  |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |  |   |
| Data dodania do wykazu                            | 04.01.2021 r.   |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |  |   |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 11.03.2021 r.   |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |  |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 5 *</b>           |   | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | 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 01-755, ul. Krasińskiego 54/56   |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |  |   |
| telefon/ telefony                                 | 261 852 601; 261 852 606  |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |  |   |
| Data dodania do wykazu                            | 12.03.2021 r.   |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |  |   |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |  |   |

|  |  |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |  |   |
|--|--|---------------------------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|--|---|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 24</b> | od 02.04.2020 r.   | <b>rodzaj realizowanych świadczeń</b> |  |             |                                     |                                    |                                     |              |  |   |
| 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/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | 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  | Dziekanów Leśny 05-092, ul. Marii Konopnickiej 65  |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |  |   |
| 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 2 *</b>           |   | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | 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 | Dziekanów Leśny 05-092, ul. Marii Konopnickiej 65 |                       | X  |             |                                     |                                    |                                     |              |   | I |
| telefon/ telefony                                 | 22 76 57 119; 22 76 57 135; 22 76 57 136          |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |   |
| 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>rodzaj realizowanych świadczeń</b> |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |   |
| nazwa:   | Narodowy Instytut Kardiologii Stefana kardynała Wyszyńskiego Państwowego 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/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | 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 04-628, ul. Alpejska 42   |                                       |  |             |                                     |                                    | X                                   |              |   |   |
| telefon/ telefony                                  | 223434194  |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |   |
| 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 | 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 04-628, ul. Alpejska 42   |                                       | X  |             |                                     |                                    |                                     |              |   | I |
| telefon/ telefony                                  | 22 343 41 94   |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |   |
| Data dodania do wykazu                             | 15.09.2020 r.  |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |   |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |   |

|  |   |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |    |
|--|---|---------------------------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|----|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 26</b> | od 04.04.2020 r.                          | <b>rodzaj 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/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | 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 04-730, Al. Dzieci Polskich 20   |                                       |  |             |                                     |                                    | X                                   |              |   |    |
| telefon/ telefony                                  | 228151600                                 |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |    |
| 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 | 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   |                                       | X  |             |                                     |                                    |                                     |              |   | II |
| telefon/ telefony                                  | 228151600                                 |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |    |
| Data dodania do wykazu                             | 15.10.2020 r.                             |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |    |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 27       |  | rodzaj realizowanych świadczeń |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
|---|--|--------------------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:  | Instytut Hematologii i Transfuzjologii   |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-776, ul. Indiry Gandhi 14  |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony:                                | 223496100  |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| identyfikator REGON                               | 000288484  |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |  | transport sanitarny**          | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | IZBA PRZYJĘĆ   |                                |  |             |                                     |                                    | X                                   |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-776, ul. Indiry Gandhi 14  |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 223496100  |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 10.04.2020 r.  |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 *                  |  | transport sanitarny**          | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | PUNKT POBRAŃ<br>(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) |                                |  |             |                                     |                                    |                                     | S            |                                  |
| 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                         |  |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 *                  |  | transport sanitarny**          | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | Szpital I poziomu zabezpieczenia   |                                | X  |             |                                     |                                    |                                     |              | I                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-776, ul. Indiry Gandhi 14  |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 223496100  |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| 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 | 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  |                                | X  |             |                                     |                                    |                                     |              | III                              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-776, ul. Indiry Gandhi 14  |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 223496100  |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 17.11.2020 r.  |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 28       |   | rodzaj realizowanych świadczeń |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
|---|---|--------------------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:  | 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/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | 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 01-004, ul. Żelazna 90                   |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 22 25 59 801                                      |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| 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 | 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 01-004, ul. Żelazna 90  |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |
| telefon/ telefony                                 | 22 25 59 801                     |                       | X  |             |                                     |                                    |                                     |              | I                                |  |
| Data dodania do wykazu                            | 15.09.2020 r.                    |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                  |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 29       |                                      | rodzaj realizowanych świadczeń |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |
|---|--------------------------------------|--------------------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|--|
| 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                            |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |                                      | transport sanitarny**          | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |  |
| nazwa:  | IZBA PRZYJĘĆ                         |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 01-211, ul. Kasprzaka 17A   |                                |  |             |                                     |                                    | X                                   |              |                                  |  |
| telefon/ telefony                                 | 22 32 77 422, 22 32 77 441           |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |
| 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 | 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   |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |
| telefon/ telefony                                 | 22 32 77 422, 22 32 77 441           |                                | X  |             |                                     |                                    |                                     |              | I                                |  |
| Data dodania do wykazu                            | 15.09.2020 r.                        |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                      |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 30       |  | rodzaj 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/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | 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                     |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |
| telefon/ telefony                                 | 22 766 15 00   |                                | X  |             |                                     |                                    |                                     |              | I                                |  |
| Data dodania do wykazu                            | 15.09.2020 r.  |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 31       |  | rodzaj realizowanych świadczeń |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|--|--------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 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  |                                |  |  |  |  |  |  |  |  |



| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |                                  | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|----------------------------------|-----------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| <b>IZBA PRZYJĘĆ</b>                               |                                  |                       |  |             |                                     |                                    | X                                   |              |                                  |
| nazwa:  | IZBA PRZYJĘĆ                     |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| 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 2 *</b>           |                                  | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | 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 00-189, ul. Inflancka 6 |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 22 69 73 110, 797 301 519        |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 01.02.2021 r.                    |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                  |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 32       | od 07.04.2020  | rodzaj realizowanych świadczeń |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
|---|--|--------------------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| 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/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | 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 03-401, Al. Solidarności 67                   |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 22 55 51 126   |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 07.04.2020   |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2 *</b>           |  | transport sanitarny**          | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | 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 03-401, Al. Solidarności 67                   |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 22 55 51 126   |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 09.11.2020 r.  |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 33       | od 10.04.2020  | rodzaj realizowanych świadczeń |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
|---|--|--------------------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:  | Magodent Sp. z o.o.  |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 04-125, ul. gen. A.E. Fieldorfa "Nila" nr 40          |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony:                                | 22 46 98 350   |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| identyfikator REGON                               | 360493191  |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>           |  | transport sanitarny**          | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | 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 04-125, ul. gen. Augusta Emila Fieldorfa "Nila" nr 40 |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 22 46 98 350   |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 15.09.2020 r.  |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 34 | od 04.04.2020 r.                       | rodzaj realizowanych świadczeń |  |  |  |  |  |  |  |
|---|--|--------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| 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                                     |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>           |   | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |   |
| nazwa:  | Szpital I poziomu zabezpieczenia              |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Radom 26-600, ul. Uniwersytecka 6             |                       | X  |             |                                     |                                    |                                     |              |   | I |
| telefon/ telefony                                 | 48 377 90 25                                  |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |   |
| 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>rodzaj realizowanych świadczeń</b> |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |    |
| nazwa:   | 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                                     |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>            |   | transport sanitarny**                 | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |    |
| nazwa:   | Szpital II poziomu zabezpieczenia             |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Pułtusk 06-120, ul. Teofila Kwiatkowskiego 19 |                                       | X  |             |                                     |                                    |                                     |              |   | II |
| telefon/ telefony                                  | 23 69 19 901, 23 69 19 902                    |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |    |
| Data dodania do wykazu                             | 08.10.2020 r.                                 |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |    |

|  |   |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |   |
|--|---|---------------------------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|---|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 36</b> | od 14.04.2020 r.  | <b>rodzaj realizowanych świadczeń</b> |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |   |
| 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   |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>            |   | transport sanitarny**                 | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |   |
| nazwa:   | <b>IZBA PRZYJĘĆ</b>   |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |   |
| 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                          |   |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2 *</b>            |   | transport sanitarny**                 | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |   |
| nazwa:   | Szpital I poziomu zabezpieczenia  |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Warszawa 02-015, Plac Starynkiewicza 1/3  |                                       | X  |             |                                     |                                    |                                     |              |   | I |
| telefon/ telefony                                  | 22 58 30 311, 22 58 30 310  |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |   |
| Data dodania do wykazu                             | 15.09.2020 r.   |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |   |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |   |

|  |   |                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|---|---------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 37</b> | od 07.04.2020 r.  | <b>rodzaj realizowanych świadczeń</b> |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne 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 | Radzymin 05-250, ul. Konstytucji 3 Maja 17   |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 22 76 07 170   |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| 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 | 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>(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                         |  |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 *                  |  | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | 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 | Radzymin 05-250, ul. Konstytucji 3 Maja 17   |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 22 76 07 170   |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 01.01.2021 r.  |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 19.03.2021 r.  |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 *                  |  | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | 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 | Radzymin 05-250, ul. Konstytucji 3 Maja 17   |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 22 76 07 170   |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 20.03.2021 r.  |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 38       | od 15.04.2020 r.  | rodzaj 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/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne 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 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 2 *                  |   | transport sanitarny**          | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | 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 04-073, ul. Grenadierów 51/59                    |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 22 51 52 716  |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 13.10.2020 r.   |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

| Data wykreślenia z wykazu                          |  |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
|--|--|---------------------------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 39</b> | od 07.04.2020 r.   | <b>rodzaj realizowanych świadczeń</b> |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
| 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  |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>            |  | transport sanitarny**                 | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:   | <b>IZBA PRZYJĘĆ</b>  |                                       |  |             |                                     |                                    | X                                   |              |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Warszawa 02-781, ul. W.K. Roentgena 5  |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
| telefon/ telefony                                  | 22 546 22 14   |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
| 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 | 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 02-781, ul. W.K. Roentgena 5  |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
| telefon/ telefony                                  | 22 546 22 14   |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
| 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 | 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  | Warszawa, ul. Wawelska 15  |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
| telefon/ telefony                                  |  |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
| Data dodania do wykazu                             | 09.11.2020 r.  |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 40</b> | od 07.04.2020 r.   | <b>rodzaj 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/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | 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  | Warszawa 03-709, ul. Sierakowskiego 13   |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
| telefon/ telefony                                  | 22 82 24 607   |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
| 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 | 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 03-709, ul. Sierakowskiego 13   |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
| telefon/ telefony                                  | 22 82 24 607   |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
| Data dodania do wykazu                             | 15.09.2020 r.  |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 41        |   | rodzaj 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 | 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 02-637, 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/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | 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>(codziennie w godz.: 7.30-9.30)  |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Warszawa 02-637, ul. Spartańska 1   |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
| telefon/ telefony                                  | 22 670 94 50  |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
| Data dodania do wykazu                             | 18.11.2020 r.   |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3 *</b>            |   | transport sanitarny**                 | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| 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  |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
| Data dodania do wykazu                             | 01.01.2021 r.   |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
| Data wykreślenia z wykazu                          | 09.03.2021 r.   |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4 *</b>            |   | transport sanitarny**                 | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| 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  |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
| Data dodania do wykazu                             | 10.03.2021 r.   |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 42</b> | od 14.04.2020 r.  | <b>rodzaj realizowanych świadczeń</b> |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
| nazwa:   | Mazowieckie Centrum Leczenia Chorób Płuc i Gruzlicy   |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Otwock 05-400, ul. Narutowicza 80   |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
| telefon/ telefony:                                 | 22 344 64 71  |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
| identyfikator REGON                                | 000676714   |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>            |   | transport sanitarny**                 | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:   | <b>IZBA PRZYJĘĆ</b>   |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
| 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/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | 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                       |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              | 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 43       | od 07.04.2020 r.                       | rodzaj realizowanych świadczeń |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
|---|--|--------------------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:  | Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-042, ul. Mochackiego 10    |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony:                                | 22 311 81 02                           |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| identyfikator REGON                               | 011692096                              |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |  | transport sanitarny**          | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | IZBA PRZYJĘĆ                           |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              | I                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kajetany 05-830, ul. Mokra 17          |                                |  |             |                                     |                                    | X                                   |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 22 356 03 66                           |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| 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 | 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       |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              | I                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kajetany 05-830, ul. Mokra 17          |                                | X  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 22 356 03 66                           |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 15.09.2020 r.                          |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 44       | od 14.04.2020 r.   | rodzaj realizowanych świadczeń |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
|---|--|--------------------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| 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 | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | IZBA PRZYJĘĆ   |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              | II                               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Pionki 26-670, ul. Niepodległości 1                                |                                |  |             |                                     |                                    | X                                   |              |                                  |
| 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 | 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                                  |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              | 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                            | 01.03.2021 r.  |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 45 | od 07.04.2020 r. | rodzaj 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                            |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>           |                                      | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | 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 00-328 , ul. Kopernika 43   |                       |  |             |                                     |                                    | X                                   |              |   |  |
| telefon/ telefony                                 | 22 830 53 10                         |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| 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 | 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 00-328 , ul. Kopernika 43   |                       | X  |             |                                     |                                    |                                     |              | I                                       |  |
| telefon/ telefony                                 | 22 830 53 10                         |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data dodania do wykazu                            | 15.09.2020 r.                        |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                      |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |  |

|  |   |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
|--|---|---------------------------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 46</b> | od 14.04.2020 r.  | <b>rodzaj 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 | 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  | Łosice 08-200, ul. Słoneczna 1  |                                       |  |             |                                     |                                    | X                                   |              |   |  |
| 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 | 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>(pn 16.00-18.00, wt 8.00-10.00, śr 8.00-10.00, czw 16.00-18.00, pt 8.00-10.00, sb 8.00-10.00, nd 8.00-10.00) |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Łosice 08-200, ul. Słoneczna 1  |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     | S            |   |  |
| telefon/ telefony                                  | 512 128 051   |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data dodania do wykazu                             | 01.10.2020 r.   |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3 *</b>            |   | transport sanitarny**                 | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | 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  | Łosice 08-200, ul. Słoneczna 1  |                                       | X  |             |                                     |                                    |                                     |              | II                                      |  |
| telefon/ telefony                                  | 83 357 32 31  |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data dodania do wykazu                             | 04.11.2020 r.   |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 47       |   | rodzaj realizowanych świadczeń |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
|---|---|--------------------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| 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   |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |   | transport sanitarny**          | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | IZBA PRZYJĘĆ  |                                |  |             |                                     |                                    | X                                   |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Sierpc 09-200, ul. Juliusza Słowackiego 32                        |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 24 275 85 35  |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| 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 | 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 | Sierpc 09-200, ul. Juliusza Słowackiego 32                        |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 24 275 85 35  |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 04.11.2020 r.   |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 48       |                                   | rodzaj realizowanych świadczeń |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
|---|-----------------------------------|--------------------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| 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                         |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |                                   | transport sanitarny**          | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| 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                         |                                   |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 *                  |                                   | transport sanitarny**          | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| 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                         |                                   |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 49       |  | rodzaj realizowanych świadczeń |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
|---|--|--------------------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:  | Samodzielny Publiczny Zespół 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  |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |  | transport sanitarny**          | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|   |  |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |



|   |  |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |    |
|---|--|-----------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|----|
| nazwa:  | IZBA PRZYJĘĆ                                 |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Itża 27-100, ul. Danuty Siedzikówny "Inki" 4 |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |    |
| telefon/ telefony                                 | 48 368 17 50                                 |                       |  |             |                                     |                                    |                                     | X            |   |    |
| 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 | 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 | Itża 27-100, ul. Danuty Siedzikówny "Inki" 4 |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |    |
| telefon/ telefony                                 | 48 368 17 50                                 |                       | X  |             |                                     |                                    |                                     |              |   | II |
| Data dodania do wykazu                            | 26.02.2021 r.                                |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |    |

|  |  |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |   |
|--|--|---------------------------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|---|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 50</b> | od 07.04.2020 r.   | <b>rodzaj realizowanych świadczeń</b> |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |   |
| 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  |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>            |  | transport sanitarny**                 | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | 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 02-544, ul. Madalińskiego 25  |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |   |
| telefon/ telefony                                  | 691 315 859  |                                       |  |             |                                     |                                    | 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 | 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 02-544, ul. Madalińskiego 25  |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |   |
| telefon/ telefony                                  | 691 315 859  |                                       | X  |             |                                     |                                    |                                     |              |   | I |
| Data dodania do wykazu                             | 15.09.2020 r.  |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |   |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |   |

|  |   |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |    |
|--|---|---------------------------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|----|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 51</b> | od 04.04.2020 r.  | <b>rodzaj realizowanych świadczeń</b> |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |    |
| nazwa:   | Szpital Czerniakowski Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Warszawa 00-739, ul. Stępińska 19/25                          |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |    |
| telefon/ telefony:                                 | 22 318 60 00  |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |    |
| identyfikator REGON                                | 011026815   |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>            |   | transport sanitarny**                 | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | 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 00-739, ul. Stępińska 19/25                          |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |    |
| telefon/ telefony                                  | 22 318 60 00  |                                       | X  |             |                                     |                                    |                                     |              |   | II |
| Data dodania do wykazu                             | 08.10.2020 r.   |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |    |

|  |   |                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|---|---------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 52</b> | od 07.04.2020 r.  | <b>rodzaj realizowanych świadczeń</b> |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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                           |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>           |                                     | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |   |
| nazwa:  | <b>SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY</b>  |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 03-924, ul. Niekańska 4/24 |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |   |
| telefon/ telefony                                 | 22 509 84 12                        |                       |  |             |                                     |                                    | 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 | 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 03-924, ul. Niekańska 4/24 |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |   |
| telefon/ telefony                                 | 22 509 84 12                        |                       | X  |             |                                     |                                    |                                     |              |   | I |
| Data dodania do wykazu                            | 15.09.2020 r.                       |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |   |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                     |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |   |

|  |  |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |    |
|--|--|---------------------------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|----|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 53</b> | od 04.04.2020 r.   | <b>rodzaj realizowanych świadczeń</b> |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |    |
| 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  |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>            |  | transport sanitarny**                 | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |    |
| nazwa:   | <b>SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY</b>   |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Radom 26-617, ul. Juliana Aleksandowicza 5                                 |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |    |
| telefon/ telefony                                  | 48 361 31 81   |                                       |  |             |                                     |                                    | 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 | 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  | Radom 26-617, ul. Juliana Aleksandowicza 5                                 |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |    |
| telefon/ telefony                                  | 48 361 31 81   |                                       | X  |             |                                     |                                    |                                     |              |   | II |
| Data dodania do wykazu                             | 06.11.2020 r.  |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |    |

|  |  |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
|--|--|---------------------------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 54</b> | od 07.04.2020 r.   | <b>rodzaj realizowanych świadczeń</b> |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| nazwa:   | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Sokółowie Podlaskim |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Sokołów Podlaski 08-300, ul. ks. J. Bosko 5                          |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| telefon/ telefony:                                 | 25 781 73 00   |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| identyfikator REGON                                | 000306779  |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>            |  | transport sanitarny**                 | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |  |
| nazwa:   | <b>IZBA PRZYJĘĆ</b>  |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Sokołów Podlaski 08-300, ul. ks. J. Bosko 5                          |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| telefon/ telefony                                  | 25 781 72 99   |                                       |  |             |                                     |                                    | X                                   |              |   |  |
| 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 | 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>(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) |  |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Sokołów Podlaski 08-300, ul. ks. J. Bosko 5  |  |                       |  |             |                                     |                                    |                                     | S            |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 532 452 472  |  |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 18.05.2020 r.  |  |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |  |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 *                  |  |  | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | 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 | Sokołów Podlaski 08-300, ul. ks. J. Bosko 5  |  |                       | X  |             |                                     |                                    |                                     |              | II                               |
| telefon/ telefony                                 | 25 781 72 99   |  |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 26.10.2020 r   |  |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |  |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 55       |   | rodzaj realizowanych świadczeń |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |
|---|---|--------------------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|--|
| nazwa:  | od 09.04.2020 r.<br>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   |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |   | transport sanitarny**          | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne 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   |                                |  |             |                                     |                                    | X                                   |              |                                  |  |
| telefon/ telefony                                 | 25 758 30 01  |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |
| 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 | 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 15.03.2021 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<br>od 16.03.2021 r.: pn 10.30-14.30, wt 8.00-12.00, śr 8.00-12.00, czw 8.00-12.00, pt 8.00-12.00, sb 8.00-12.00, nd 8.00-12.00) |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Mińsk Mazowiecki 05-300, ul. Szpitalna 37   |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              | S                                |  |
| telefon/ telefony                                 | 25 506 53 72  |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |
| Data dodania do wykazu                            | 22.09.2020 r.   |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 *                  |   | transport sanitarny**          | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | 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 | 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 56 |                  | rodzaj realizowanych świadczeń |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|------------------|--------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| nazwa:                                      | od 07.04.2020 r. |                                |  |  |  |  |  |  |  |  |

|   |   |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
|---|---|-----------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|--|
| 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   |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>           |   | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |  |
| nazwa:  | <b>SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY</b>  |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grodzisk Mazowiecki 05-825, ul. Daleka 11   |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| telefon/ telefony                                 | 22 755 90 75  |                       |  |             |                                     |                                    | 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 | 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 08.03.2021 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<br>od 09.03.2021 r.: pn 8.00-14.00, wt 8.00-14.00, śr 8.00-14.00, czw 8.00-14.00, pt 8.00-14.00, sb 8.00-12.00, nd 8.00-12.00) |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| 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                         |   |                       |  |             |                                     |                                    |                                     | S            |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3 *</b>           |   | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <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  |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data dodania do wykazu                            | 20.10.2020 r.   |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              | II                                      |  |

|  |  |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
|--|--|---------------------------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 57</b> | od 07.04.2020 r.   | <b>rodzaj 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 | 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 05-800, ul. Armii Krajowej 2/4                              |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| telefon/ telefony                                  | 22 758 60 55   |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| 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 | 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 | 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 00-315, ul. Karowa 2    |                       | X  |             |                                     |                                    |                                     |              | I                                |
| telefon/ telefony                                 | 22 596 61 35                     |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 15.09.2020 r.                    |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                  |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 60       | od 07.04.2020 r.   | rodzaj realizowanych świadczeń |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
|---|--|--------------------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| 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  |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |  | transport sanitarny**          | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | 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 01-809, ul. Ceglowska 80  |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 22 569 01 20   |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| 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 | 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 01-809, ul. Ceglowska 80  |                                | X  |             |                                     |                                    |                                     |              | II                               |
| telefon/ telefony                                 | 22 569 01 20   |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 01.11.2020 r.  |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 61       | od 07.04.2020 r.   | rodzaj 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 | 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 | Siedlce 08-110, ul. Poniatowskiego 26                                      |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| 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 | 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 | Siedlce 08-110, ul. Poniatowskiego 26                                      |                                | X  |             |                                     |                                    |                                     |              | II                               |
| telefon/ telefony                                 | 25 640 33 30   |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 22.10.2020 r.  |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

| Miejsce udzielania świadczeń 3*                   |   | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | 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 62       | od 08.04.2020 r.  | rodzaj 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   |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |   | transport sanitarny**          | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | IZBA PRZYJĘĆ  |                                |  |             |                                     |                                    | X                                   |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gostynin 09-500, Zalesie 1  |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 24 236 00 15, 24 236 00 60  |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 08.04.2020 r.   |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 63       | od 07.04.2020 r.  | rodzaj realizowanych świadczeń |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
|---|---|--------------------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| 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   |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |   | transport sanitarny**          | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | IZBA PRZYJĘĆ  |                                |  |             |                                     |                                    | X                                   |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Pruszków 05-802, ul. Partyzantów 2/4  |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 22 739 13 26  |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 07.04.2020 r.   |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 64       | od 10.04.2020 r.   | rodzaj realizowanych świadczeń |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
|---|--|--------------------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| 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  |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |  | transport sanitarny**          | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | IZBA PRZYJĘĆ   |                                |  |             |                                     |                                    | X                                   |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Otwock 05-400, ul. Batorego 44   |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 22 778 26 00   |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 10.04.2020 r.  |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

| Miejsce udzielania świadczeń 2 *                  |   | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | 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>(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  |                       |  |             |                                     |                                    |                                     | 5            |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 783 131 131   |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 18.05.2020 r.   |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 *                  |   | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | 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 | Otwock 05-400, ul. Batorego 44  |                       | X  |             |                                     |                                    |                                     |              | II                               |
| telefon/ telefony                                 | 22 778 26 00  |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 23.10.2020 r.   |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 65       | od 04.04.2020 r.                   | rodzaj realizowanych świadczeń |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
|---|------------------------------------|--------------------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| 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                          |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |                                    | transport sanitarny**          | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne 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 02-957, ul. Sobieskiego 9 |                                |  |             |                                     |                                    | X                                   |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 22 458 28 30                       |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| 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 | 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 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                         |                                    |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 66       | od 10.04.2020 r.  | rodzaj realizowanych świadczeń |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
|---|---|--------------------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:  | Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zuromin 09-300, ul. Szpitalna 56                        |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony:                                | 23 657 22 01  |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| identyfikator REGON                               | 000301279   |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |   | transport sanitarny**          | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne 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 | Zuromin 09-300, ul. Szpitalna 56                        |                                |  |             |                                     |                                    | X                                   |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 23 657 22 01  |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 10.04.2020 r.   |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |



| Miejsce udzielania świadczeń 2 *                  |   | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|---|-----------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:  | <b>PUNKT POBRAŃ</b><br>(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) |                       |  |             |                                     |                                    |                                     | S            |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zuromin 09-300, ul. Szpitalna 56  |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 23 657 22 01 wew. 316; 538 817 121  |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 28.09.2020 r.   |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 *                  |   | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| 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                         |   |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 67       | od 20.04.2020 r.   | rodzaj realizowanych świadczeń |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
|---|--|--------------------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:  | Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Wyszowie   |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| 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  |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  | od 20.04.2020 r.   | transport sanitarny**          | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | <b>SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY</b>   |                                |  |             |                                     |                                    | X                                   |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wyszków 07-200, ul. Komisji Edukacji Narodowej 1   |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 29 743 78 48   |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| 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 | 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 12.00-14.00, wt 12.00-14.00, śr 12.00-14.00, czw 12.00-14.00, pt 12.00-14.00, sb 10.00-12.00, nd 10.00-12.00) |                                |  |             |                                     |                                    |                                     | S            |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wyszków 07-200, ul. Komisji Edukacji Narodowej 1   |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 608 544 905  |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 01.10.2020 r.  |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 *                  |  | transport sanitarny**          | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | Szpital II poziomu zabezpieczenia  |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wyszków 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                         |  |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 68       | od 14.04.2020 r.   | rodzaj realizowanych świadczeń |  |  |  |  |  |  |  |
|---|--|--------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| 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 | 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 |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |    |
| telefon/ telefony                                 | 46 855 20 11                             |                       |  |             |                                     |                                    | X                                   |              |   |    |
| 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 | 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    |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |    |
| telefon/ telefony                                 | 46 855 20 11                             |                       | X  |             |                                     |                                    |                                     |              |   | II |
| Data dodania do wykazu                            | 26.10.2020 r.                            |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |    |

|  |  |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |    |
|--|--|---------------------------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|----|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 69</b> | od 07.04.2020 r.   | <b>rodzaj 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 | 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 | 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>(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 | 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 70</b> | od 07.04.2020 r.                                | <b>rodzaj 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 | 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 | 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 04-749, ul. Bursztynowa 2 |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |    |
| telefon/ telefony                                 | 22 473 53 32                       |                       | X  |             |                                     |                                    |                                     |              |   | II |
| Data dodania do wykazu                            | 07.10.2020 r.                      |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                    |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |    |

|  |  |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |    |
|--|--|---------------------------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|----|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 71</b> | od 07.04.2020 r.   | <b>rodzaj 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 | 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  | Garwolin 08-400, ul. Lubelska 50   |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |    |
| telefon/ telefony                                  | 25 684 48 40   |                                       |  |             |                                     |                                    | 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 | 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> (pn-pt w godz. 15.00-17.00, sb - nd w godz. 7.00-9.00) |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Garwolin 08-400, ul. Staszica 18   |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |    |
| telefon/ telefony                                  | 661 363 607  |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     | S            |   |    |
| Data dodania do wykazu                             | 01.10.2020 r.  |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3 *</b>            |  | transport sanitarny**                 | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |    |
| nazwa:   | Szpital II poziomu zabezpieczenia  |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Garwolin 08-400, ul. Lubelska 50   |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |    |
| telefon/ telefony                                  | 25 684 48 40   |                                       | X  |             |                                     |                                    |                                     |              |   | II |
| Data dodania do wykazu                             | 02.11.2020 r.  |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |    |

|  |  |                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|---------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 72</b> | od 15.04.2020 r.   | <b>rodzaj realizowanych świadczeń</b> |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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   |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>           |   | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | 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 | Nowy Dwór Mazowiecki 05-100, ul. Miodowa 2  |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |    |
| telefon/ telefony                                 | 22 775 30 81 wew 211  |                       |  |             |                                     |                                    | X                                   |              |   |    |
| Data dodania do wykazu                            | 15.04.2020 r.   |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2 *</b>           |   | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | 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 14.03.2021 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<br>od 15.03.2021 r.: pn 15.00-18.00, wt 8.00-11.00, śr 8.00-11.00, czw 15.00-18.00, pt 8.00-11.00, sb 8.00-11.00, nd 8.00-11.00) |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nowy Dwór Mazowiecki 05-100, ul. Miodowa 2  |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |    |
| telefon/ telefony                                 | 795 112 999, 22 765 83 22   |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |    |
| Data dodania do wykazu                            | 20.05.2020 r.   |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                       |  |             |                                     |                                    |                                     | S            |   |    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3 *</b>           |   | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | 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 | Nowy Dwór Mazowiecki 05-100, ul. Miodowa 2  |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |    |
| telefon/ telefony                                 | 22 775 30 81 wew 211  |                       | X  |             |                                     |                                    |                                     |              |   | II |
| Data dodania do wykazu                            | 07.10.2020 r.   |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |    |

|  |   |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |    |
|--|---|---------------------------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|----|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 73</b> | od 07.04.2020 r.  | <b>rodzaj 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 | 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 01-211, 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 | 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 01-211, ul. Kasprzaka 17   |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |    |
| telefon/ telefony                                  | 22 389 49 00  |                                       | X  |             |                                     |                                    |                                     |              |   | II |
| Data dodania do wykazu                             | 24.10.2020 r.   |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |    |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |    |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 74</b> | od 04.04.2020 r.  | <b>rodzaj 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 | 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 | Wołomin 05-200, ul. Gdyńska 1/3  |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| telefon/ telefony                                 | 22 763 32 15   |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data dodania do wykazu                            | 07.04.2020 r.  |                       |  |             |                                     |                                    | X                                   |              |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2 *</b>           |  | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | 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>(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) |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| 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.  |                       |  |             |                                     |                                    |                                     | S            |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3 *</b>           |  | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | 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 | Wołomin 05-200, ul. Gdyńska 1/3  |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| telefon/ telefony                                 | 22 763 32 15   |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data dodania do wykazu                            | 12.10.2020 r.  |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              | II                                      |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |  |

|  |   |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
|--|---|---------------------------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 75</b> | od 07.04.2020 r.  | <b>rodzaj 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 | 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  | Węgrów 07-100, ul. Kościuszki 201                         |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| telefon/ telefony                                  | 25 792 20 41  |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data dodania do wykazu                             | 07.04.2020 r.   |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |                                       |  |             |                                     |                                    | X                                   |              |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2 *</b>            |   | transport sanitarny**                 | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | 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  |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data dodania do wykazu                             | 15.09.2020 r.   |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              | I                                       |  |

| Miejsce udzielania świadczeń 3*                   |   | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | 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>(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) |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Węgrów 07-100, ul. Kościuszki 201   |                       |  |             |                                     |                                    |                                     | S            |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 25 506 54 78  |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 28.09.2020  |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 76       | od 16.04.2020 r.   | rodzaj realizowanych świadczeń |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
|---|--|--------------------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| 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 | dorażne 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 | 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/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | 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 | 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 3 *                  |  | transport sanitarny**          | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | 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>(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) |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| 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)                                  |                                |  |             |                                     |                                    |                                     | S            |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 24 364 51 10   |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 01.10.2020   |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 77       | od 07.04.2020 r.   | rodzaj 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 | dorażne 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 | Maków Mazowiecki 06-200, ul. Witosa 2                            |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

|   |  |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
|---|--|-----------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|--|
| telefon/ telefony                                 | 29 714 22 06   |                       |  |             |                                     |                                    |                                     | 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 | 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 15.03.2021 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<br>od 16.03.2021 r.: pn 7.00-11.00, wt 15.00-19.00, śr 7.00-11.00, czw 15.00-19.00, pt 7.00-11.00, sb 7.00-11.00, nd 7.00-11.00) |                       |  |             |                                     |                                    |                                     | 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                         |  |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3*</b>            |  | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |  |
| nazwa:  | Szpital I poziomu zabezpieczenia   |                       | X  |             |                                     |                                    |                                     |              | I                                       |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Maków Mazowiecki 06-200, ul. Witosa 2  |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| telefon/ telefony                                 | 29 714 22 06   |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data dodania do wykazu                            | 15.09.2020 r.  |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |  |

|  |  |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
|--|--|---------------------------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 78</b> | od 07.04.2020 r.   | <b>rodzaj realizowanych świadczeń</b> |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| 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  |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>            |  | transport sanitarny**                 | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |  |
| nazwa:   | <b>SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY</b>   |                                       |  |             |                                     |                                    | X                                   |              |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Przasnysz 06-300, ul. Sadowa 9   |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| 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 | 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 10.00-13.00, wt 10.00-13.00, śr 10.00-13.00, czw 10.00-13.00, pt 14.00-17.00, sb 14.00-17.00, nd 10.00-13.00) |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     | S            |   |  |
| 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/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | 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  | 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 4*                   |   | transport sanitarny**          | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |  |
| nazwa:  | Szpital III poziomu zabezpieczenia - w zakresie psychiatrii                                 |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Przasnysz 06-300, ul. Sadowa 9  |                                | X  |             |                                     |                                    |                                     |              | III                              |  |
| telefon/ telefony                                 | 29 753 42 24  |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |
| Data dodania do wykazu                            | 02.11.2020 r.   |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 79       | od 09.04.2020 r.  | rodzaj realizowanych świadczeń |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |
| 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 | 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 03-242, ul. Kondratowicza 8  |                                |  |             |                                     |                                    | X                                   |              |                                  |  |
| 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/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | 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 03-242, ul. Kondratowicza 8  |                                | X  |             |                                     |                                    |                                     |              | II                               |  |
| telefon/ telefony                                 | 22 326 53 15, 22 326 55 39  |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |
| Data dodania do wykazu                            | 13.10.2020 r.   |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 80       | od 22.04.2020 r.  | rodzaj realizowanych świadczeń |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |
| 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/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne 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 2 *                  |   | transport sanitarny**          | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |  |



|   |   |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
|---|---|-----------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|
| nazwa:  | <b>PUNKT POBRAŃ</b><br>(do 20.03.2021 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>od 21.03.2021 r.: 8.00-16.00, wt 12.00-20.00, śr 12.00-20.00, czw 8.00-16.00, pt 8.00-16.00, sb 8.00-16.00, nd 8.00-16.00)    |                       |  |             |                                     |                                    |                                     | 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                                 | 41 246 00 11, 226 020 997   |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
| Data dodania do wykazu                            | 01.06.2020 r.   |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3 *</b>           |   | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:  | <b>PUNKT POBRAŃ</b><br>(do 20.03.2021 r.: 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>od 21.03.2021 r.: pn 12.00-20.00, wt 12.00-20.00, śr 8.00-16.00, czw 8.00-16.00, pt 8.00-16.00, sb 8.00-16.00, nd 8.00-16.00) |                       |  |             |                                     |                                    |                                     | S            |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Garwolin 08-400, ul. Staszica, róg Sportowej (parking)  |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
| telefon/ telefony                                 | 41 246 00 11, 226 020 997   |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
| Data dodania do wykazu                            | 01.06.2020 r.   |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4 *</b>           |   | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:  | <b>PUNKT POBRAŃ</b><br>(całodobowo)   |                       |  |             |                                     |                                    |                                     | S            |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Płock 09-400, ul. Kobylńskiego 21 A   |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
| telefon/ telefony                                 | 41 246 00 11, 226 020 997   |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
| Data dodania do wykazu                            | 01.06.2020 r.   |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 5 *</b>           |   | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:  | <b>PUNKT POBRAŃ</b><br>(do 20.03.2021 r.: 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>od 21.03.2021 r.: pn 12.00-20.00, wt 12.00-20.00, śr 8.00-16.00, czw 8.00-16.00, pt 8.00-16.00, sb 8.00-16.00, nd 8.00-16.00) |                       |  |             |                                     |                                    |                                     | S            |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ostrołęka 07-400, ul. Wincentego Witosa 1   |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
| telefon/ telefony                                 | 41 246 00 11, 226 020 997   |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
| Data dodania do wykazu                            | 01.06.2020 r.   |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 6 *</b>           |   | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:  | <b>PUNKT POBRAŃ</b><br>(do 20.03.2021 r.: 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>od 21.03.2021 r.: pn 12.00-20.00, wt 12.00-20.00, śr 8.00-16.00, czw 8.00-16.00, pt 8.00-16.00, sb 8.00-16.00, nd 8.00-16.00) |                       |  |             |                                     |                                    |                                     | S            |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gostynin 09-500, ul. Sportowa 1   |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
| telefon/ telefony                                 | 41 246 00 11, 226 020 997   |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
| Data dodania do wykazu                            | 15.06.2020 r.   |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |

| Miejsce udzielania świadczeń 7 *                  |   | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|---|-----------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:  | <b>PUNKT POBRAŃ</b><br>(do 20.03.2021 r.: 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>od 21.03.2021 r.: pn 8.00-16.00, wt 8.00-16.00, śr 12.00-20.00, czw 12.00-20.00, pt 8.00-16.00, sb 8.00-16.00, nd 8.00-16.00) |                       |  |             |                                     |                                    |                                     | S            |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Mińsk Mazowiecki 05-300, ul. Wyszyńskiego 30a   |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 41 246 00 11, 226 020 997   |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 15.06.2020 r.   |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 8 *                  |   | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | <b>PUNKT POBRAŃ</b><br>(do 20.03.2021 r.: 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>od 21.03.2021 r.: pn 8.00-16.00, wt 8.00-16.00, śr 8.00-16.00, czw 12.00-20.00, pt 12.00-20.00, sb 8.00-16.00, nd 8.00-16.00) |                       |  |             |                                     |                                    |                                     | S            |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Sierpc 09-200, ul. Piastowska 39  |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 41 246 00 11, 226 020 997   |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 15.06.2020 r.   |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 9 *                  |   | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | <b>PUNKT POBRAŃ</b><br>(do 20.03.2021 r.: 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>od 21.03.2021 r.: pn 8.00-16.00, wt 8.00-16.00, śr 8.00-16.00, czw 12.00-20.00, pr 12.00-20.00, sb 8.00-16.00, nd 8.00-16.00) |                       |  |             |                                     |                                    |                                     | S            |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Węgrów 07-100, ul. Strażacka 2  |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 41 246 00 11, 226 020 997   |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 15.06.2020 r.   |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 10 *                 |   | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | <b>PUNKT POBRAŃ</b><br>(do 19.03.2021 r.: 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>od 20.03.2021 r.: pn 8.00-16.00, wt 8.00-16.00, śr 12.00-20.00, czw 12.00-20.00, pt 8.00-16.00, sb 8.00-16.00, nd 8.00-16.00) |                       |  |             |                                     |                                    |                                     | S            |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Przysucha 26-400, ul. Radomska 29 (Stadion Miejski)   |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 534 018 299   |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 17.10.2020 r.   |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 11 *                 |   | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | <b>PUNKT POBRAŃ</b><br>(do 20.03.2021 r.: 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>od 21.03.2021 r.: pn 12.00-20.00, wt 8.00-16.00, śr 12.00-20.00, czw 8.00-16.00, pt 8.00-16.00, sb 8.00-16.00, nd 8.00-16.00) |                       |  |             |                                     |                                    |                                     | 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 12 *</b>          |   | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | 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 19.03.2021 r.: 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>od 20.03.2021 r.: pn 8.00-16.00, wt 8.00-16.00, śr 12.00-20.00, czw 12.00-20.00, pt 8.00-16.00, sb 8.00-16.00, nd 8.00-16.00) |                       |  |             |                                     |                                    |                                     | 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 13 *</b>          |   | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | 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 19.03.2021 r.: codziennie w godz. 8:00-20:00<br>od 20.03.2021 r.: codziennie w godz. 0:00-23:50)   |                       |  |             |                                     |                                    |                                     | S            |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Radom 26-600, ul. Beliny Prażmowskiego 17   |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| telefon/ telefony                                 | 412 460 011, 226 020 997  |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data dodania do wykazu                            | 21.10.2020 r.   |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 14 *</b>          |   | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | 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 20.03.2021 r.: 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>od 21.03.2021 r.: pn 12.00-20.00, wt 8.00-16.00, śr 12.00-20.00, czw 8.00-16.00, pt 8.00-16.00, sb 8.00-16.00, nd 8.00-16.00) |                       |  |             |                                     |                                    |                                     | S            |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wyszków 07-200, ul. Geodetów 45   |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| telefon/ telefony                                 | 226 020 997   |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data dodania do wykazu                            | 30.10.2020 r.   |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 15 *</b>          |   | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | 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 19.03.2021 r.: pn 14.00-20.00, wt 8.00-14.00, śr 8.00-14.00, cz 14.00-20.00, pt 8.00-14.00, sb 8.00-14.00, nd 8.00-14.00<br>od 20.03.2021 r.: pn 12.00-20.00, wt 8.00-16.00, śr 8.00-16.00, czw 12.00-20.00, pt 8.00-16.00, sb 8.00-16.00, nd 8.00-16.00)  |                       |  |             |                                     |                                    |                                     | 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                         |   |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 16 *</b>          |   | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | 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 19.03.2021 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>od 20.03.2021 r.: pn 12.00-20.00, wt 12.00-20.00, śr 8.00-16.00, czw 8.00-16.00, pt 8.00-16.00, sb 8.00-16.00, nd 8.00-16.00) |                       |  |             |                                     |                                    |                                     | S            |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Zyrardów 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                         |   |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 17 *</b>          |   | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | 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 19.03.2021 r.: 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>od 20.03.2021 r.: pn 8.00-16.00, wt 12.00-20.00, śr 8.00-16.00, czw 8.00-16.00, pt 12.00-20.00, sb 8.00-16.00, nd 8.00-16.00) |                       |  |             |                                     |                                    |                                     | S            |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grójec 05-600, ul. Piotra Skargi 12   |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
| telefon/ telefony                                 | 226 020 997   |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
| Data dodania do wykazu                            | 03.11.2020 r.   |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 18 *</b>          |   | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | 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 20.03.2021 r.: pn14.00-20.00, 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>od 21.03.2021 r.: pn 12.00-20.00, wt 8.00-16.00, śr 8.00-16.00, czw 8.00-16.00, pt 12.00-20.00, sb 8.00-16.00, nd 8.00-16.00)  |                       |  |             |                                     |                                    |                                     | 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                         |   |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 19 *</b>          |   | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | 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 19.03.2021 r.: codziennie w godz: 8.00-20.00<br>od 20.03.2021 r.: codziennie w godz: 8.00-22.00)   |                       |  |             |                                     |                                    |                                     | 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 20 *</b>          |   | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | 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 19.03.2021 r.: codziennie w godz. 8:00-20:00<br>od 20.03.2021 r.: codziennie w godz. 0.00-23.50)   |                       |  |             |                                     |                                    |                                     | S            |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-781, ul. Roentgena 46/10  |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
| telefon/ telefony                                 | 226 020 997   |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
| Data dodania do wykazu                            | 16.11.2020 r.   |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 21 *</b>          |   | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | 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 | Lipsko 27-300, ul. Jędrzeja Śniadeckiego 2  |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |    |
| telefon/ telefony                                 | 48 378 35 37  |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |    |
| 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 | 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>(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) |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |    |
| 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                         |   |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3*</b>            |   | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | 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 | 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                         | 12.03.2021 r.   |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4*</b>            |   | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | 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 | Lipsko 27-300, ul. Jędrzeja Śniadeckiego 2  |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |    |
| telefon/ telefony                                 | 48 378 35 37  |                       | X  |             |                                     |                                    |                                     |              |   | II |
| Data dodania do wykazu                            | 13.03.2021 r.   |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |    |

|  |   |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
|--|---|---------------------------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 83</b> | od 07.04.2020 r.                                | <b>rodzaj 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                                       |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>            |   | transport sanitarny**                 | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | 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  | Józefów, ul. 3-go Maja 127                      |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| telefon/ telefony                                  | 22 468 25 96                                    |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data dodania do wykazu                             | 07.04.2020 r.                                   |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |  |

|  |  |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
|--|--|---------------------------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 84</b> | od 14.04.2020 r.   | <b>rodzaj realizowanych świadczeń</b> |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| nazwa:   | Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Zwoleniu |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Zwoleń 26-700, Aleja Pokoju 5                                      |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| telefon/ telefony:                                 | 48 676 20 37   |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| identyfikator REGON                                | 670204896  |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>            |  | transport sanitarny**                 | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | 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 | Zwoleń 26-700, ul. W. Jagiełły 12  |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| telefon/ telefony                                 | 48 676 22 39, 48 677 91 63   |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| 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 | 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 | Zwoleń 26-700, ul. W. Jagiełły 12  |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| telefon/ telefony                                 | 48 676 22 39, 48 677 91 63   |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| 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 | 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>(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                         |  |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |  |

|  |  |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
|--|--|---------------------------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 85</b> | od 20.04.2020 r.   | <b>rodzaj realizowanych świadczeń</b> |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| 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  |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>            |  | transport sanitarny**                 | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | 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 00-416, ul. Czerniakowska 231   |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| telefon/ telefony                                  | 22 584 12 18   |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| 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 | 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 00-416, ul. Czerniakowska 231   |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| telefon/ telefony                                  | 22 584 12 18   |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data dodania do wykazu                             | 01.03.2021   |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |  |

|  |   |                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|---|---------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 86</b> | od 21.04.2020 r.                                      | <b>rodzaj realizowanych świadczeń</b> |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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 | 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 00-382, ul. Solec 93  |                       |  |             |                                     |                                    | X                                   |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 22 250 61 35   |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 21.04.2020 r.  |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 *                  |  | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| 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                         |  |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 *                  |  | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | <b>PUNKT POBRAŃ</b><br>(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) |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 00-382, ul. Solec 93 (brama wjazdowa od ul. Kruczkowskiego)   |                       |  |             |                                     |                                    |                                     | S            |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 662 455 311  |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 15.10.2020 r.  |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 *                  |  | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | SZPITAL TYMCZASOWY W SZPITALU POŁUDNIOWYM  |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-781, ul. rtm. Witolda Pileckiego 99  |                       | X  |             |                                     |                                    |                                     |              | szpital tymczasowy               |
| telefon/ telefony                                 |  |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 13.02.2021 r.  |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 87       | od 07.04.2020 r.   | rodzaj realizowanych świadczeń |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
|---|--|--------------------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| 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 | 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 | Radom 26-600, ul. Krychnowicka 1   |                                |  |             |                                     |                                    | X                                   |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 48 332 23 06   |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 07.04.2020 r.  |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 88       | od 08.04.2020 r.  | rodzaj realizowanych świadczeń |  |  |  |  |  |  |  |
|---|---|--------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| nazwa:  | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Mławie |                                |  |  |  |  |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Mława 06-500, ul. Anny Dobrowskiej 1                    |                                |  |  |  |  |  |  |  |



|   |                                     |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
|---|-------------------------------------|-----------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|--|
| telefon/ telefony:                                | 23 654 32 35                        |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| identyfikator REGON                               | 000302474                           |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>           |                                     | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |  |
| nazwa:  | <b>SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY</b>  |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Mława 06-500, ul. Anny Dobroskiej 1 |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| telefon/ telefony                                 | 23 654 32 35 wew. 200               |                       |  |             |                                     |                                    | X                                   |              |   |  |
| 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 | 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 | Mława 06-500, ul. Anny Dobroskiej 1 |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| telefon/ telefony                                 | 23 654 32 35 wew. 200               |                       | X  |             |                                     |                                    |                                     |              | II                                      |  |
| Data dodania do wykazu                            | 02.11.2020 r.                       |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                     |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |  |

|  |   |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
|--|---|---------------------------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 89</b> | od 11.05.2020 r.  | <b>rodzaj realizowanych świadczeń</b> |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| 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   |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>            |   | transport sanitarny**                 | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |  |
| nazwa:   | <b>PUNKT POBRAŃ</b><br>(do 16.03.2021 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<br>od 17.03.2021 r.: pn 13.00-19.00, wt 13.00-19.00, śr 13.00-19.00, czw 13.00-19.00, pt 13.00-19.00, sb 8.00-10.00, nd 8.00-10.00) |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Piaseczno 05-500, ul. Mickiewicza 39  |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     | S            |   |  |
| telefon/ telefony                                  | 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 | 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  | Piaseczno 05-500, ul. Mickiewicza 39  |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| telefon/ telefony                                  | 22 735 41 00  |                                       | X  |             |                                     |                                    |                                     |              | I                                       |  |
| Data dodania do wykazu                             | 18.12.2020 r.   |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          |   |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |  |

|  |   |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
|--|---|---------------------------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 90</b> | od 20.04.2020 r.  | <b>rodzaj 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 | 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 | Przysucha 26-400, ul. Partyzantów 8 |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |  |   |
| 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 | 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 | 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 91</b> | od 21.04.2020  | <b>rodzaj 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/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | 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>(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  |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              | S |   |
| telefon/ telefony                                  | 576 077 099  |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |   |
| Data dodania do wykazu                             | 28.09.2020 r.  |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |   |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2*</b>             |  | transport sanitarny**                 | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | 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  | 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                          | 18.03.2021 r.  |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3*</b>             |  | transport sanitarny**                 | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | 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  | Nowe Miasto nad Pilicą 26-420, ul. Tomaszowska 43  |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |   |
| telefon/ telefony                                  | 48 674 38 00   |                                       | X  |             |                                     |                                    |                                     |              |   | II                                      |
| Data dodania do wykazu                             | 19.03.2021 r.  |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |   |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |   |

|  |  |                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|---------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 92</b> | od 13.05.2020 r.   | <b>rodzaj realizowanych świadczeń</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:                                 | 22 542 14 00   |                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |
| identyfikator REGON                                | 000288461  |                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |   | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|---|-----------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:  | <b>PUNKT POBRAŃ</b><br>(do 14.03.2021 r.: codziennie w godz.: 9.00-13.00<br>od 15.03.2021 r.: pn-pt w godz. 9.00-15.00, sb-nd w godz. 9.00-13.00) |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-903, ul. Powsińska 61/63  |                       |  |             |                                     |                                    |                                     | S            |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 22 55 09 692  |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 13.05.2020 r.   |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 93       | od 18.05.2020 r.  | rodzaj 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 | 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 | Aleja Komisji Edukacji Narodowej 61, 02-777 Warszawa (parking Urzędu Dzielnicy Ursynów) |                                |  |             |                                     |                                    |                                     | S            |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 663 697 977   |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 18.05.2020 r.   |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |   | transport sanitarny**          | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | 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  |                                |  |             |                                     |                                    |                                     | S            |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 663 697 977   |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 20.10.2020 r.   |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 94       | od 27.04.2020 r.                              | rodzaj realizowanych świadczeń |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
|---|---|--------------------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:  | 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/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | 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 | Otwock 05-400, ul. Borowa 14/18               |                                | X  |             |                                     |                                    |                                     |              | I                                |
| telefon/ telefony                                 | 22 710 33 30                                  |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 15.09.2020 r.                                 |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 95       | od 15.06.2020 r.                                  | rodzaj realizowanych świadczeń |  |  |  |  |  |  |  |
|---|---|--------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| nazwa:  | 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 | 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 19.03.2021 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>od 20.03.2021 r.: pn 10.00-19.00, wt 10.00-19.00, śr 10.00-19.00, czw 10.00-19.00, pt 10.00-19.00, sb 10.00-14.00, nd 10.00-14.00) |                                |  |             |                                     |                                    |                                     | 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                         |   |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 *                  |   | transport sanitarny**          | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | 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 | Płońsk 09-100, ul. H. Sienkiewicza 7  |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 570 804 607   |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 17.11.2020 r.   |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 96       | od 15.09.2020 r.  | rodzaj 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   |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |   | transport sanitarny**          | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | 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 | Gorzewo 09-500, ul. Kruk 5  |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 24 236 09 00  |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 26.10.2020 r.   |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 97       | od 01.10.2020 r.  | rodzaj realizowanych świadczeń |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| nazwa:  | Samodzielny Zespół Publicznych Zakładów Lecznictwa Otwartego Warszawa Wesola  |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 05-075, ul. Kilińskiego 48   |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony:                                | 22 773 74 50  |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| identyfikator REGON                               | 011337194   |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |   | transport sanitarny**          | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | 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>(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                         |   |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 98       | od 05.10.2020 r.  | rodzaj realizowanych świadczeń |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| 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 | 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 22.03.2021 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 23.03.2021 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)     |                       |  |             |                                     |                                    |                                     | S            |   |  |
| 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 | 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 15.03.2021 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<br>od 16.03.2021 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 - nieczynny, nd - nieczynny) |                       |  |             |                                     |                                    |                                     | S            |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-471, ul. Cegielniana 8  |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| telefon/ telefony                                 | 787 867 448   |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data dodania do wykazu                            | 07.10.2020 r.   |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |  |

|  |  |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
|--|--|---------------------------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 99</b> | od 05.10.2020 r.   | <b>rodzaj 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 | 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>(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) |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     | S            |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Warszawa 02-958, ul. Potockiego Stanisława Kostki 31a  |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| telefon/ telefony                                  | 506 941 414  |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| 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 | 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>(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) |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     | S            |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Warszawa 00-725, ul. Chełmska 13/17  |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| telefon/ telefony                                  | 506 941 540  |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data dodania do wykazu                             | 30.10.2020 r.  |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          |  |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 100      |   | rodzaj realizowanych świadczeń |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
|---|---|--------------------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| 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   |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |   | transport sanitarny**          | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | <b>PUNKT POBRAŃ</b><br>(do 22.03.2021 r.: pn 9.00-14.00, wt 9.00-14.00, śr 9.00-14.00, czw 9.00-14.00, pt 9.00-14.00, sb 15.00-18.00, nd 9.00-13.00<br>od 23.03.2021 r.: pn 8.00-14.00, wt 8.00-14.00, śr 8.00-14.00, czw 8.00-14.00, pt 8.00-14.00, sb 15.00-18.00, nd 9.00-13.00) |                                |  |             |                                     |                                    |                                     | S            |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 04-713, ul. Żegańska 1 (parking przy Urzędzie Dzielnicy Wawer m. st. Warszawy )  |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 506 745 833   |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 06.10.2020 r.   |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 101      |   | rodzaj realizowanych świadczeń |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
|---|---|--------------------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:  | Samodzielny Zespół Publicznych Zakładów Lecznictwa Otwartego Warszawa-Żoliborz  |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 01-637, ul. Szajnochy 8  |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony:                                | 22 833 58 88  |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| identyfikator REGON                               | 000314098   |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |   | transport sanitarny**          | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | <b>PUNKT POBRAŃ</b><br>(do 15.03.2021 r.: pn 10.00-15.00, wt 13.00-18.00, śr 10.00-15.00, czw 13.00-18.00, pt 10.00-15.00, sb 9.00-12.00, nd 9.00-12.00<br>od 16.03.2021 r.: pn 10.00-16.00, wt 12.00-18.00, śr 10.00-16.00, czw 12.00-18.00, pt 10.00-16.00, sb 9.00-12.00, nd 9.00-12.00)   |                                |  |             |                                     |                                    |                                     | S            |                                  |
| 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                         |   |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 *                  |   | transport sanitarny**          | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | <b>PUNKT POBRAŃ</b><br>(do 12.03.2021 r.: pn 16.00-20.00, wt 11.00-15.00, śr 16.00-20.00, czw 11.00-15.00, pt 11.00-15.00, sb 11.00-14.00, nd - nieczynny<br>w dniu 13.03.2021 r.: sb 13.00-16.00, w dniu 14.03.2021 r.: nd - nieczynny<br>od 15.03.2021 r.: pn 16.00-20.00, wt 16.00-20.00, śr 16.00-20.00, czw 16.00-20.00, pt 16.00-20.00, sb 13.00-16.00, nd - nieczynny) |                                |  |             |                                     |                                    |                                     | S            |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 01-797, ul. Powązkowska 43/45 (róg Ostrowieckiej)  |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 538 513 635   |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 11.01.2021 r.   |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 102      |  | rodzaj realizowanych świadczeń |  |  |  |  |  |  |  |
|---|--|--------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| nazwa:  | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Warszawa Wola-Śródmieście |                                |  |  |  |  |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 01-445, ul. Ciołka 11   |                                |  |  |  |  |  |  |  |
| telefon/ telefony:                                | 22 836 71 81   |                                |  |  |  |  |  |  |  |

|   |  |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
|---|--|-----------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|--|
| identyfikator REGON                               | 001018396  |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>           |  | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | 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>(pn 15.00-18.00, wt 15.00-18.00, śr 15.00-18.00, czw 15.00-18.00, pt 15.00-18.00, sb 12.00-14.00, nd - nieczynny) |                       |  |             |                                     |                                    |                                     | S            |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 00-855, ul. Grzybowska 34   |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| telefon/ telefony                                 | 536 475 462  |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data dodania do wykazu                            | 08.10.2020 r.  |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |  |

|   |  |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
|---|--|---------------------------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 103</b> | od 08.10.2020 r.   | <b>rodzaj realizowanych świadczeń</b> |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| nazwa:  | Samodzielny Zespół Publicznych Zakładów Lecznictwa Otwartego 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 | 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>(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<br><b>w dniu 5.04.2021 punkt nieczynny</b> ) |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     | 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 104</b> | od 12.10.2020 r.   | <b>rodzaj 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 | 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 08.03.2021 r.: pn. 15:00-17:00, wt. 9:00-11:00, 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<br><b>od 09.03.2021 r. do 15.03.2021 r.:</b> pn 15.00-18.00, wt 9.00-11.00, śr 9.00-11.00, czw 9.00-12.00, pt 9.00-12.00, sb 9.00-11.00, nd 9.00-11.00<br><b>od 16.03.2021 r.:</b> pn 15.00-18.00, wt 8.30-11.30, śr 8.30-11.30, czw 9.00-12.00, pt 9.00-12.00, sb 9.00-11.00, nd 9.00-11.00) |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     | S            |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Warszawa 03-125, ul. Milenijna 4 (parking podziemny)   |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| telefon/ telefony                                   | 22 519 33 88   |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data dodania do wykazu                              | 12.10.2020 r.  |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                           |  |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |  |

|   |   |                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|---|---------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 105</b> | od 13.10.2020 r.                            | <b>rodzaj realizowanych świadczeń</b> |  |  |  |  |  |  |  |  |
| nazwa:  | LABORATORIA MEDYCZNE GRUPA ALAB SP. Z O. O. |                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Płock 09-400, ul. Kolegialna 47             |                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |
| telefon/ telefony:                                  | 24 367 52 72                                |                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |
| identyfikator REGON                                 | 141708468                                   |                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |   | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|---|-----------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:  | <b>PUNKT POBRAŃ</b><br>(pn 13.00-17.00, wt. 13.00-15.00, śr 13.00-17.00, czw 13.00-15.00, pt 13.00-15.00, sb 10.00-12.00, nd 10.00-12.00) |                       |  |             |                                     |                                    |                                     | S            |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ciechanów 06-400, ul. Księdza Piotra Ściegiennego 9   |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 23 657 20 65  |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 13.10.2020 r.   |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 106      | od 13.10.2020 r.                     | rodzaj realizowanych świadczeń |  |  |  |  |  |  |  |
|---|--------------------------------------|--------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| nazwa:  | ALAB LABORATORIA SP Z O.O.           |                                |  |  |  |  |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 01-756, ul. Stępińska 22/30 |                                |  |  |  |  |  |  |  |
| telefon/ telefony:                                | 22 349 60 60                         |                                |  |  |  |  |  |  |  |
| identyfikator REGON                               | 008105218                            |                                |  |  |  |  |  |  |  |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |   | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|---|-----------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:  | <b>PUNKT POBRAŃ</b><br>(do 20.03.2021 r.: 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>od 21.03.2021 r.: pn 13.00-17.00, wt 13.00-17.00, śr 12.00-15.00, czw 12.00-15.00, pt 12.00-15.00, sb 9.00-11.00, nd 9.00-11.00) |                       |  |             |                                     |                                    |                                     | 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 | 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 19.03.2021 r.: 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>od 20.03.2021 r.: pn 12.00-18.00, wt 12.00-18.00, śr 12.00-18.00, czw 12.00-18.00, pt 12.00-18.00, sb 12.00-16.00, nd 12.00-16.00) |                       |  |             |                                     |                                    |                                     | S            |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-679, ul. Modzelewskiego 37  |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 22 349 11 97  |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| 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 | 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 19.03.2021 r.: 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>od 20.03.2021 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 13.00-16.00, nd 13.00-16.00) |                       |  |             |                                     |                                    |                                     | S            |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 03-984, ul. Fieldorfa 10   |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 22 349 11 97  |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 17.10.2020 r.   |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

| Miejsce udzielania świadczeń 4 * |  | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|----------------------------------|--|-----------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
|                                  |  |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |



|   |   |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |   |
|---|---|---------------------------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|---|
| nazwa:  | <b>PUNKT POBRAŃ</b><br>(do 19.03.2021 r.: 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>od 20.03.2021 r.: pn 14.00-18.00, wt 14.00-18.00, śr 14.00-18.00, czw 14.00-18.00, pt 14.00-18.00, sb 10.00-14.00, nd 10.00-14.00) |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              | 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 | 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 20.03.2021 r.: pn 13.00-15.00, wt 13.00-15.00, śr 13.00-15.00, czw 13.00-15.00, pt 15.00-17.00, sb 12.00-14.00, nd 10.00-12.00<br>od 21.03.2021 r.: pn 12.30-15.30, wt 12.30-15.30, śr 12.30-15.30, czw 12.30-15.30, pt 14.00-17.00, sb 12.00-14.00, nd 10.00-12.00) |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              | S |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Marki 05-260, ul. Lisa Kuli 5a/16   |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |   |
| telefon/ telefony                                   | 507 670 631   |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |   |
| Data dodania do wykazu                              | 16.11.2020 r.   |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |   |
| Data wykreślenia z wykazu                           |   |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 107</b> | od 19.10.2020 r.  | <b>rodzaj realizowanych świadczeń</b> |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |   |
| nazwa:  | Samodzielny Zespół Publicznych Zakładów Lecznictwa Otwartego Warszawa - Targówek  |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Warszawa 03-545, ul. Tykocińska 34  |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |   |
| telefon/ telefony:                                  | 22 518 26 41  |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |   |
| identyfikator REGON                                 | 145950090   |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>             |   | transport sanitarny**                 | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |   | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:  | <b>PUNKT POBRAŃ</b><br>(codziennie w godz. 12.00-14.00)   |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              | S |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Warszawa 03-368, ul. Poborzańska 6  |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |   |
| telefon/ telefony                                   | 724 305 302   |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |   |
| Data dodania do wykazu                              | 19.10.2020 r.   |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |   |
| Data wykreślenia z wykazu                           |   |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 108</b> | od 19.10.2020 r.  | <b>rodzaj realizowanych świadczeń</b> |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |   |
| nazwa:  | Samodzielny Zespół Publicznych Zakładów Lecznictwa Otwartego Warszawa Praga-Północ  |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Warszawa 03-719, ul. Jagiellońska 34  |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |   |
| telefon/ telefony:                                  | 22 619 78 76  |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |   |
| identyfikator REGON                                 | 000311415   |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>             |   | transport sanitarny**                 | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań |   | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:  | <b>PUNKT POBRAŃ</b><br>(pn 12.00-14.00, wt. 15.00-17.00, śr 12.00-14.00, czw 12.00-14.00, pt 12.00-14.00, sb 09.00-11.00, nd 09.00-11.00)   |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              | S |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Warszawa 03-476, ul. Dąbrowszczaków 5a  |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |   |
| telefon/ telefony                                   | 22 679 49 12  |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |   |
| Data dodania do wykazu                              | 19.10.2020 r.   |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |   |
| Data wykreślenia z wykazu                           |   |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |   |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 109</b> | od 19.10.2020 r.  | <b>rodzaj realizowanych świadczeń</b> |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |   |

|   |  |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
|---|--|-----------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|
| nazwa:  | Samodzielny Zespół Publicznych Zakładów Lecznictwa Otwartego Warszawa Ochota   |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-353, ul. Szczęśliwicka 36  |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
| telefon/ telefony:                                | 22 822 88 53   |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
| identyfikator REGON                               | 010202670  |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>           |  | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:  | <b>PUNKT POBRAŃ</b><br>(do 22.03.2021 r.: 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>od 23.03.2021 r. pn 15.00-18.00, wt 15.00-18.00, śr 15.00-18.00, czw 15.00-18.00, pt 15.00-18.00, sb 8.00-11.00, nd 8.00-11.00<br>w dniach:<br>3.04.2021 r. 8:00-10:00<br>4.04.2021 r. 8:00-10:00<br>5.04.2021 r. 8:00-10:00) |                       |  |             |                                     |                                    |                                     | 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 110</b> | od 17.10.2020 r.  | <b>rodzaj realizowanych świadczeń</b> |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
| nazwa:  | MEDIgen 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 | 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 21.03.2021 r.: pn 8.00-18.00, wt 8.00-15.00, śr 8.00-15.00, czw 8.00-15.00, pt 8.00-15.00, sb 8.00-15.00, nd 8.00-15.00<br>od 22.03.2021 r.: codziennie w godz 9.00-17.00) |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     | 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 111</b> | od 17.10.2020 r.  | <b>rodzaj 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 | 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>(codziennie w godz. 8.00-10.00)  |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     | S            |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Warszawa 03-901, al. Księcia Józefa Poniatowskiego 1, (Stadion PGE Narodowy- wjazd od ul. Targowej) |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
| telefon/ telefony                                   | 585 858 800 wew. 0  |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
| Data dodania do wykazu                              | 17.10.2020 r.   |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |
| Data wykreślenia z wykazu                           |   |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |

|   |                  |                                       |  |  |  |  |  |  |  |
|---|------------------|---------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 112</b> | od 24.10.2020 r. | <b>rodzaj realizowanych świadczeń</b> |  |  |  |  |  |  |  |
|---|------------------|---------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|

| nazwa:  |  | BELLESA-MED SP. Z O.O.  |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
|---|--|---|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |  | Kobyłka 05-230, ul. Napoleona 20  |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony:                                |  |   |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| identyfikator REGON                               |  | 363024901   |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |  | transport sanitarny**   | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  |  | <b>PUNKT POBRAŃ</b><br>(do 14.03.2021 r.: pn 11.00-16.00, wt 11.00-16.00, śr 11.00-16.00, czw 12.00-17.00, pt 11.00-16.00, sb 10.00-12.00, nd 10.00-12.00<br>od 15.03.2021 r.: pn 10.00-17.00, wt 10.00-17.00, śr 10.00-17.00, czw 10.00-17.00, pt 10.00-17.00, sb 10.00-14.00, nd 10.00-13.00) |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |  | Kobyłka 05-230, Al. Jana Pawła II 22 (parking przy MOK Kobyłka przy ul. Orszagh)  |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 |  | 519 627 993   |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            |  | 24.10.2020 r.   |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |   |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 *                  |  | transport sanitarny**   | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  |  | <b>PUNKT POBRAŃ</b><br>(do 14.03.2021 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<br>od 15.03.2021 r.: pn 10.00-17.00, wt 10.00-17.00, śr 10.00-17.00, czw 10.00-17.00, pt 10.00-17.00, sb 10.00-14.00, nd 10.00-13.00)    |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |  | Warszawa 03-289, ul. Ostródzka 70B (przy stacji LPG)  |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 |  | 519 627 993   |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| 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 | 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 14.03.2021 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<br>od 15.03.2021 r.: pn 10.00-17.00, wt 10.00-17.00, śr 10.00-17.00, czw 10.00-17.00, pt 10.00-17.00, sb 10.00-14.00, nd 10.00-13.00) |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| 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                         |  |   |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 113      |  | rodzaj realizowanych świadczeń  |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| 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 | 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 08.03.2021 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<br>od 09.03.2021 r. do 19.03.2021 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 9.00-13.00<br>od 20.03.2021 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 harmonogramu w dniu 5.04.2021 9:00-13:00) |  |  |  |  |  |  |  | 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                         |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |

|   |   |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |   |
|---|---|---------------------------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|---|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 114</b> | od 30.10.2020 r.  | <b>rodzaj realizowanych świadczeń</b> |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |   |
| 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   |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>             |   | transport sanitarny**                 | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |   |
| nazwa:  | <b>PUNKT POBRAŃ</b><br>(do 22.03.2021 r.: codziennie w godz. 11.00-14.00<br>od 23.03.2021 r.: pn 10.00-16.00, wt 10.00-16.00, śr 10.00-16.00, czw 10.00-16.00, pt 10.00-16.00, sb 10.00-15.00 nd 11.00-14.00) |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Warszawa 03-411, Al. Solidarności 12  |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  | S |
| telefon/ telefony                                   | 509 030 981   |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |   |
| Data dodania do wykazu                              | 30.10.2020 r.   |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |   |
| Data wykreślenia z wykazu                           |   |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |   |

|   |   |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |   |
|---|---|---------------------------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|---|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 115</b> | od 09.11.2020 r.  | <b>rodzaj realizowanych świadczeń</b> |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |   |
| 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   |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |   |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>             |   | transport sanitarny**                 | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |   |
| nazwa:  | <b>PUNKT POBRAŃ</b><br>(całodobowo)                     |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Warszawa 03-477, ul. Karola Szymanowskiego 8/113        |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  | S |
| telefon/ telefony                                   | 784 927 998   |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |   |
| Data dodania do wykazu                              | 09.11.2020 r.   |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |   |
| Data wykreślenia z wykazu                           |   |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |   |

|   |  |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |    |
|---|--|---------------------------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|----|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 116</b> | 05.11.2020   | <b>rodzaj realizowanych świadczeń</b> |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |    |
| 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  |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |    |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>             |  | transport sanitarny**                 | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |    |
| nazwa:  | Szpital II poziomu zabezpieczenia                              |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |    |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Warszawa 02-616, ul. Seweryna Goszczyńskiego 1                 |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |    |
| telefon/ telefony                                   |  |                                       | X  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  | II |

|   |   |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
|---|---|---------------------------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---|--|
| Data dodania do wykazu                              | 05.03.2021 r.   |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                           |   |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 117</b> | 05.11.2020  | <b>rodzaj realizowanych świadczeń</b> |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| 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   |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>             |   | transport sanitarny**                 | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |  |
| nazwa:  | ZESPÓŁ TRANSPORTU SANITARNEGO   | 1                                     |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| 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 - zgłoszenia z terenu rejonu RO 14/01 Warszawa – tel. 22 525 13 33)   |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data dodania do wykazu                              | 05.11.2020 r.   |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                           |   |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2 *</b>             |   | transport sanitarny**                 | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |  |
| nazwa:  | ZESPÓŁ TRANSPORTU SANITARNEGO   | 1                                     |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Warszawa 02-507, ul. Wołoska 137  |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| telefon/ telefony                                   | Główny Dyspozytor PRM - zgłoszenia z terenu rejonu RO 14/01 Warszawa – tel. 22 525 13 33)   |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data dodania do wykazu                              | 07.11.2020 r.   |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                           |   |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 118</b> | od 16.11.2020 r.  | <b>rodzaj realizowanych świadczeń</b> |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| 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   |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>             |   | transport sanitarny**                 | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |  |
| nazwa:  | <b>PUNKT POBRAŃ</b><br>(do 14.03.2021 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 - nieczynny, nd - nieczynny<br>od 15.03.2021 r.: pn 13.00-20.00, wt 13.00-20.00, śr 13.00-20.00, czw 13.00-20.00, pr 13.00-20.00, sb 10.00-14.00, nd - nieczynny) |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     | S            |   |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Warszawa 02-972, ul. Prymasa Augusta Hłonda 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                           |   |                                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 119</b> | od 17.11.2020 r.  | <b>rodzaj realizowanych świadczeń</b> |  |             |                                     |                                    |                                     |              |   |  |
| 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 | dorażne 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  |                       |  | X<br>typ I  |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 604 105 111                                 |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 17.11.2020 r.                               |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 120      | od 17.11.2020 r.  | rodzaj 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 | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|--|-----------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:  | PUNKT POBRAŃ<br>(codziennie w godz.: 7.00-19.00) |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Głinojeck 06-450, ul. Ciechanowska 8             |                       |  |             |                                     |                                    |                                     | S            |                                  |
| 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 | 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 121      | od 23.11.2020 r.                                     | rodzaj realizowanych świadczeń |  |  |  |  |  |  |  |
|---|--|--------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| nazwa:  | Centrum Medyczne- 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  |                                |  |  |  |  |  |  |  |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |  | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---|--|-----------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:  | PUNKT POBRAŃ<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) |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Siedlce 08-110, ul. Kleeberga 2  |                       |  |             |                                     |                                    |                                     | S            |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 506 007 403  |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 23.11.2020 r.  |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 122      | od 25.11.2020 r.   | rodzaj realizowanych świadczeń |  |  |  |  |  |  |  |
|---|--|--------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| 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  |                                |  |  |  |  |  |  |  |

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

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 123      | od 20.11.2020 r.  | rodzaj 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 | 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 124      | od 04.12.2020 r.  | rodzaj realizowanych świadczeń |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
|---|---|--------------------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:  | Centrum Medyczne Riemer S.J.  |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grodzisk Mazowiecki 05-825, ul. Sowińskiego 28  |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony:                                | 22 755 52 22  |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| identyfikator REGON                               | 016392074   |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |   | transport sanitarny**          | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | <b>PUNKT POBRAŃ</b><br>(do 21.03.2021 r.: codziennie w godz.: 8.00-13.00<br>od 22.03.2021 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 9.00-17.00, nd 9.00-14.00) |                                |  |             |                                     |                                    |                                     | S            |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grodzisk Mazowiecki 05-825, ul. Traugutta 48  |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 515 789 012   |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 04.12.2020 r.   |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 125      | od 07.12.2020 r.  | rodzaj realizowanych świadczeń |  |  |  |  |  |  |  |
|---|---|--------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| nazwa:  | Specjalistyczna Przychodnia Lekarska dla Pracowników Wojska SPZOZ w Warszawie |                                |  |  |  |  |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 00-911, ul. Nowowiejska 31   |                                |  |  |  |  |  |  |  |
| telefon/ telefony:                                | 261 840 012   |                                |  |  |  |  |  |  |  |
| identyfikator REGON                               | 013280825   |                                |  |  |  |  |  |  |  |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |   | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | 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.: 09.00-17.00<br>zmiana harmonogramu w dniach:<br>3.04.2021 9:00-11:00<br>4.04.2021 9:00-11:00<br>5.04.2021 9:00-11:00) |                       |  |             |                                     |                                    |                                     | S            |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 00-911, ul. Nowowiejska 31   |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 662 097 317   |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 07.12.2020 r.   |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                       |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 126      | od 12.03.2021 r.                        | rodzaj realizowanych świadczeń |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
|---|---|--------------------------------|--|-------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:  | 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/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | 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       |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              | II                               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-972, ul. Rzeczypospolitej 5 |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 500 900 900                             |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 12.03.2021 r.                           |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 127      | od 20.03.2021 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 | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:  | Kaśmin Dom Seniora Sp. o.o. - IZOLATORIUM typ I |                                   |  | X<br>typ I  |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Siennica 05-332, Drożdżówka 5a                  |                                   |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 664 419 352                                     |                                   |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 20.03.2021 r.                                   |                                   |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |   |                                   |  |             |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

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

\*\* liczba zespołów w danym miejscu

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