

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

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

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 2        | od 09.03.2020 r.                      | kategoria realizowanych świadczeń |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:                                            | Wojewódzki Szpital Zespolony w Płocku |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Płock 09-400, ul. Medyczna 19         |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony:                                | 24 364 68 71; 24 364 64 03            |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| identyfikator REGON                               | 000650070                             |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |                                       | transport sanitarny**             | leczenie | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:                                            | CHOROBY ZAKAŻNE                       |                                   | X        |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Płock 09-400, ul. Medyczna 19         |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 24 364 68 71; 24 364 64 03            |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2020 r.                         |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 31.05.2020 r.                         |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 *                  |                                       | transport sanitarny**             | leczenie | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:                                            | DERMATOLOGIA I WENEROLOGIA            |                                   | X        |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Płock 09-400, ul. Medyczna 19         |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 24 364 68 71; 24 364 64 03            |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 16.03.2020 r.                         |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 17.05.2020 r.                         |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 *                  |                                       | transport sanitarny**             | leczenie | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:                                            | Dom Sudenta w Płocku                  |                                   |          | X           |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Płock 09-400, ul. Misjonarska 9       |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 24 364 68 71; 24 364 64 03            |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 03.04.2020 r.                         |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 07.04.2020 r.                         |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 *                  |                                       | transport sanitarny**             | leczenie | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:                                            | CHOROBY PŁUC                          |                                   | X        |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Płock 09-400, ul. Medyczna 19         |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 24 364 68 71; 24 364 64 03            |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 07.04.2020 r.                         |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 01.06.2020 r.                         |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 5 *                  |                                       | transport sanitarny**             | leczenie | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:                                            | DAPOL S.C G. Berdański D. Berdański   |                                   |          | X           |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Płock 09-407, ul. Otolieńska 29B      |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 24 364 68 71; 24 364 64 03            |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 07.04.2020 r.                         |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 09.05.2020 r.                         |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 6 *                  |                                       | transport sanitarny**             | leczenie | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |

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

|                                                   |                                        |                                          |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
|---------------------------------------------------|----------------------------------------|------------------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|-----------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 3</b> | od 09.03.2020 r.                       | <b>kategoria realizowanych świadczeń</b> |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| nazwa:                                            | Wojewódzki Szpital Zakaźny w Warszawie |                                          |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 01-201, ul. Wolska 37         |                                          |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| telefon/ telefony:                                | 22 33 55 261                           |                                          |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| identyfikator REGON                               | 000297945                              |                                          |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>           |                                        | transport sanitarny**                    | leczenie | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |

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

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

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 5        |                                                            | kategoria realizowanych świadczeń |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|-----------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| od 09.03.2020 r.                                  |                                                            |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| 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                                                  |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1*                   |                                                            | transport sanitarny**             | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:                                            | CHOROBY ZAKAŻNE                                            |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Siedlce 08 -110, ul. Starowiejska 15                       |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 25 632 20 61 do 68 wew. 213                                |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2020 r.                                              |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 14.09.2020 r.                                              |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 2*                   |                                                            | transport sanitarny**             | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:                                            | CHIRURGIA OGÓLNA                                           |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Siedlce 08 -110, ul. Starowiejska 15                       |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 25 632 20 61 do 68 wew. 213                                |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 16.03.2020 r.                                              |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 01.06.2020 r.                                              |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 3*                   |                                                            | transport sanitarny**             | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:                                            | KARDIOLOGIA                                                |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Siedlce 08 -110, ul. Starowiejska 15                       |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 25 632 20 61 do 68 wew. 213                                |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 16.03.2020 r.                                              |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 20.05.2020 r.                                              |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 4*                   |                                                            | transport sanitarny**             | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:                                            | ANESTEZJOLOGIA I INTENSYWNA TERAPIA                        |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Siedlce 08 -110, ul. Starowiejska 15                       |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 25 632 20 61 do 68 wew. 213                                |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 16.03.2020 r.                                              |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 14.09.2020 r.                                              |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 5*                   |                                                            | transport sanitarny**             | leczenie | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:                                            | POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA                                  |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| 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                                        |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data dodania do wykazu                            | 16.03.2020 r.                                                          |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 20.05.2020 r.                                                          |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 6*</b>            |                                                                        | transport sanitarny** | leczenie                                 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:                                            | NEONATOLOGIA                                                           |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| 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                                        |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data dodania do wykazu                            | 16.03.2020 r.                                                          |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 20.05.2020 r.                                                          |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 7*</b>            |                                                                        | transport sanitarny** | leczenie                                 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:                                            | CHOROBY WEWNĘTRZNE                                                     |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Siedlce 08 -110, ul. Starowiejska 15                                   |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| telefon/ telefony                                 | 25 632 20 61 do 68 wew. 213                                            |                       | X                                        |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data dodania do wykazu                            | 16.03.2020 r.                                                          |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 14.09.2020 r.                                                          |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 8*</b>            |                                                                        | transport sanitarny** | leczenie                                 | izolatorium | teleporada | 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 | Siedlce 08 -110, ul. Starowiejska 15                                   |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| telefon/ telefony                                 | 25 632 20 61 do 68 wew. 213                                            |                       | X                                        |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data dodania do wykazu                            | 19.03.2020 r.                                                          |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 20.05.2020 r.                                                          |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 9*</b>            |                                                                        | transport sanitarny** | leczenie                                 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:                                            | ŚWIADCZENIA PSYCHIATRYCZNE DLA DOROSŁYCH                               |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Siedlce 08 -110, ul. Starowiejska 15                                   |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| telefon/ telefony                                 | 25 632 20 61 do 68 wew. 213                                            |                       | X                                        |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data dodania do wykazu                            | 19.03.2020 r.                                                          |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 14.09.2020 r.                                                          |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 10*</b>           |                                                                        | transport sanitarny** | leczenie                                 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:                                            | Uniwersytet Przyrodniczo-Humanistyczny w Siedlcach - Dom Studenta Nr 5 |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Siedlce 08-110, ul. Żytnia 17/19                                       |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| telefon/ telefony                                 | 25 643 17 01                                                           |                       |                                          | X           |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data dodania do wykazu                            | 01.04.2020 r.                                                          |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 25.06.2020 r.                                                          |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 11*</b>           |                                                                        | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | 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 | Siedlce 08 -110, ul. Starowiejska 15                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| 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 12*</b>           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:                                            | <b>PUNKT POBRAŃ</b><br>(do 14.09.2020 r.: codziennie w godz. 9.00-11.00; od 15.09.2020 r. do 22.10.2020 r.: codziennie w godz. 8.30-13.00, od 23.10.2020 r. do 05.11.2020 r.: codziennie w godz 8.30-13.30<br>od 06.11.2020 r.: pn 8.00-18.00, wt 8.00-18.00, śr 8.00-18.00, czw 8.00-18.00, pt 8.00-18.00, sb 8.30-13.30, nd 8.30-13.30) |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     | S            |                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Siedlce 08 -110, ul. Starowiejska 15                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| telefon/ telefony                                 | 690 130 968                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data dodania do wykazu                            | 11.05.2020 r.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 13 *</b>          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | transport sanitarny** | leczenie                                 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:                                            | ALAB laboratoria Sp. z o.o., Medyczne Laboratorium Diagnostyczne, Pracownia Genetyki                                                                                                                                                                                                                                                      |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 00-739, ul. Stępińska 22/30                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                       |                                          |             |            |                                     | X                                  |                                     |              |                                         |
| telefon/ telefony                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data dodania do wykazu                            | 06.05.2020 r.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 30.05.2020 r.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 14 *</b>          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:                                            | Szpital II poziomu zabezpieczenia                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 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 15 *</b>          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:                                            | Szpital III poziomu zabezpieczenia - w zakresie psychiatrii                                                                                                                                                                                                                                                                               |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| 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                                        |             |            |                                     |                                    |                                     |              | III                                     |
| Data dodania do wykazu                            | 15.09.2020 r.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 16*</b>           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | transport sanitarny** | leczenie                                 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |



|                                                   |                                                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| nazwa:                                            | Janusz Andrzej Kaliniak Dom Handlowy - Hotel - Restauracja |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Janusz - IZOLATORIUM typ II                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| telefon/ telefony                                 | Siedlce 08-110, ul. Pusta 15                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Data dodania do wykazu                            |                                                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 02.11.2020 r.                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                   |                                                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 6        |                                                                                           | kategoria realizowanych świadczeń |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:                                            | od 09.03.2020 r.                                                                          |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wojskowy Instytut Medyczny Centralnego Szpitala Klinicznego Ministerstwa Obrony Narodowej |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony:                                | Warszawa 04-141, ul. Szaserów 128                                                         |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| identyfikator REGON                               | 261 817 519                                                                               |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
|                                                   | 015294487                                                                                 |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |                                                                                           | transport sanitarny**             | leczenie                                 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:                                            | CHOROBY ZAKAŻNE                                                                           |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 04-141, ul. Szaserów 128                                                         |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 261 817 519                                                                               |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2020 r.                                                                             |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 14.09.2020 r.                                                                             |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 *                  |                                                                                           | transport sanitarny**             | leczenie                                 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:                                            | DERMATOLOGIA I WENEROLOGIA                                                                |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 04-141, ul. Szaserów 128                                                         |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 261 817 519                                                                               |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 13.03.2020 r.                                                                             |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 31.05.2020 r.                                                                             |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 *                  |                                                                                           | transport sanitarny**             | leczenie                                 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:                                            | Premium Rooms Sp. z o.o. "Warsaw River View"                                              |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 00-347, ul. Wybrzeże Kościuszkowskie 43                                          |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 261 817 206                                                                               |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 03.04.2020 r.                                                                             |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 30.06.2020 r.                                                                             |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 *                  |                                                                                           | transport sanitarny**             | leczenie                                 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:                                            | Zakład Transfuzjologii Klinicznej                                                         |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 04-141, ul. Szaserów 128                                                         |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 261 817 206                                                                               |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 04.04.2020 r.                                                                             |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 30.05.2020 r.                                                                             |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 5 *                  |                                                                                           | transport sanitarny**             | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:                                            | SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY                                                               |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

|                                                   |                                                                   |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|-----------------------|------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|-----------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 04-141, ul. Szaserów 128                                 |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| telefon/ telefony                                 | 261 817 519                                                       |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data dodania do wykazu                            | 07.04.2020 r.                                                     |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                   |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 6 *</b>           |                                                                   | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | 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 04-141, ul. Szaserów 128                                 |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| telefon/ telefony                                 | 261 817 519                                                       |                       | X                                        |             |            |                                     |                                    |                                     |              | II                                      |
| Data dodania do wykazu                            | 15.09.2020 r.                                                     |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                   |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 7 *</b>           |                                                                   | transport sanitarny** | leczenie                                 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:                                            | Premium Rooms Sp. z o.o. "Warsaw River View" - IZOLATORIUM typ II |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 00-347, ul. Wybrzeże Kościuszkowskie 43                  |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| telefon/ telefony                                 | 261 817 206                                                       |                       |                                          | X typ II    |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data dodania do wykazu                            | 02.11.2020 r.                                                     |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                   |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |

|                                                   |                                                                                                                                                     |                                          |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|-----------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 7</b> | od 09.03.2020 r.                                                                                                                                    | <b>kategoria realizowanych świadczeń</b> |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| nazwa:                                            | Uniwersyteckie Centrum Kliniczne Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego - Dziecięcy Szpital Kliniczny im. Józefa Polikarpa Brudzińskiego w Warszawie |                                          |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-097, ul. Banacha 1a                                                                                                                     |                                          |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| telefon/ telefony:                                | 22 317 92 31                                                                                                                                        |                                          |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| identyfikator REGON                               | 000288975                                                                                                                                           |                                          |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>           |                                                                                                                                                     | transport sanitarny**                    | leczenie | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:                                            | CHOROBY ZAKAŻNE                                                                                                                                     |                                          |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-091, ul. Żwirki i Wigury 63 A                                                                                                           |                                          |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| telefon/ telefony                                 | 22 317 92 31                                                                                                                                        |                                          | X        |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2020 r.                                                                                                                                       |                                          |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 14.09.2020 r.                                                                                                                                       |                                          |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2 *</b>           |                                                                                                                                                     | transport sanitarny**                    | leczenie | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:                                            | ANESTEZJOLOGIA I INTENSYWNA TERAPIA DLA DZIECI                                                                                                      |                                          |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-091, ul. Żwirki i Wigury 63 A                                                                                                           |                                          |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| telefon/ telefony                                 | 22 317 92 31                                                                                                                                        |                                          | X        |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data dodania do wykazu                            | 13.03.2020 r.                                                                                                                                       |                                          |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 14.09.2020 r.                                                                                                                                       |                                          |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3 *</b>           |                                                                                                                                                     | transport sanitarny**                    | leczenie | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |

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

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

|                                                   |                                                   |                                          |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------|------------------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|-----------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 8</b> | od 09.03.2020 r.                                  | <b>kategoria realizowanych świadczeń</b> |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| 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                                         |                                          |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>           |                                                   | transport sanitarny**                    | leczenie | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:                                            | <b>CHOROBY ZAKAŻNE</b>                            |                                          |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| 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                            | 09.03.2020 r.                                     |                                          |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 31.05.2020 r.                                     |                                          |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2 *</b>           |                                                   | transport sanitarny**                    | leczenie | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |

|                                                   |                                                                                  |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
|---------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|-----------------------------------------|
| nazwa:                                            | Hotel Olimpijski                                                                 |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ciechanów 06-400, ul. 17 stycznia 60A                                            |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| telefon/ telefony                                 | 23 673 02 77                                                                     |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data dodania do wykazu                            | 08.04.2020 r.                                                                    |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 31.05.2020 r.                                                                    |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3 *</b>           |                                                                                  | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:                                            | SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY                                                      |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 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                         |                                                                                  |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4 *</b>           |                                                                                  | transport sanitarny** | leczenie                                 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:                                            | Narodowy Instytut Leków                                                          |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 00-725, ul. Chełmska 30/34                                              |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| telefon/ telefony                                 |                                                                                  |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data dodania do wykazu                            | 10.04.2020 r.                                                                    |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 30.05.2020 r.                                                                    |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 5*</b>            |                                                                                  | transport sanitarny** | leczenie                                 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:                                            | Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny                 |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 00-791, ul. Chocimska 24                                                |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| telefon/ telefony                                 |                                                                                  |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data dodania do wykazu                            | 14.04.2020 r.                                                                    |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 30.05.2020 r.                                                                    |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 6 *</b>           |                                                                                  | transport sanitarny** | leczenie                                 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:                                            | Dom Studenta Państwowej Uczelni Zawodowej im. Ignacego Mościckiego w Ciechanowie |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ciechanów 06-400, ul. Narutowicza 4a                                             |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| telefon/ telefony                                 | 23 672 42 51                                                                     |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data dodania do wykazu                            | 20.08.2020                                                                       |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 26.08.2020                                                                       |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 7 *</b>           |                                                                                  | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | 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 | Ciechanów 06-400, ul. Powstańców Wielkopolskich 2                                |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| telefon/ telefony                                 | 23 673 02 77                                                                     |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data dodania do wykazu                            | 15.09.2020 r.                                                                    |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                  |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |

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

| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |                                                                                                                                                                                    | transport sanitarny** | leczenie                                 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:                                            | Radomski Szpital Specjalistyczny im. Dr Tytusa Chałubińskiego w Radomiu - Szpital Zakaźny jednoimienny (pismo z dnia 3.04.2020 r. znak: WZ-II.967.240.2020 Wojewody Mazowieckiego) |                       | X                                        |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Radom 26-610, ul. Tochtermana 1                                                                                                                                                    |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 48 361 52 20                                                                                                                                                                       |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 03.04.2020 r.                                                                                                                                                                      |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 14.09.2020 r.                                                                                                                                                                      |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 6 *                  |                                                                                                                                                                                    | transport sanitarny** | leczenie                                 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:                                            | Hotel Iskra                                                                                                                                                                        |                       |                                          | X           |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Radom 26-600, ul. Planty 4                                                                                                                                                         |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 48 361 52 20                                                                                                                                                                       |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 14.04.2020 r.                                                                                                                                                                      |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 31.07.2020 r.                                                                                                                                                                      |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 7 *                  |                                                                                                                                                                                    | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | 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 | Radom 26-610, ul. Tochtermana 1                                                                                                                                                    |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 48 361 52 20                                                                                                                                                                       |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 07.04.2020 r.                                                                                                                                                                      |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                                                                                    |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 8 *                  |                                                                                                                                                                                    | transport sanitarny** | leczenie                                 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:                                            | ALAB laboratoria Sp. z o.o., Medyczne Laboratorium Diagnostyczne, Pracownia Genetyki                                                                                               |                       |                                          |             |            |                                     | X                                  |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 00-739, ul. Stępińska 22/30                                                                                                                                               |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 22 349 60 60                                                                                                                                                                       |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 17.04.2020 r.                                                                                                                                                                      |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 30.05.2020 r.                                                                                                                                                                      |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 9 *                  |                                                                                                                                                                                    | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | 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 | Radom 26-610, ul. Tochtermana 1                                                                                                                                                    |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 48 361 52 20                                                                                                                                                                       |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 15.09.2020 r.                                                                                                                                                                      |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                                                                                    |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 10       | od 09.03.2020 r.                                                                        | kategoria realizowanych świadczeń |
|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| nazwa:                                            | Centralny Szpital Kliniczny Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Warszawie |                                   |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-507, ul. Wołoska 137                                                        |                                   |

|                                                   |                                                                                                                                                                                        |                       |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
|---------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|-----------------------------------------|
| telefon/ telefony:                                | 22 508 18 50                                                                                                                                                                           |                       |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| identyfikator REGON                               | 006472651                                                                                                                                                                              |                       |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>           |                                                                                                                                                                                        | transport sanitarny** | leczenie | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:                                            | CHOROBY ZAKAŻNE                                                                                                                                                                        |                       |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-507, ul. Wołoska 137                                                                                                                                                       |                       |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| telefon/ telefony                                 | 22 508 18 50                                                                                                                                                                           |                       | X        |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2020 r.                                                                                                                                                                          |                       |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 14.09.2020 r.                                                                                                                                                                          |                       |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>           |                                                                                                                                                                                        | transport sanitarny** | leczenie | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:                                            | Centralny Szpital Kliniczny Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Warszawie - Szpital Zakaźny jednoimienny (Decyzja Nr 1/2020 Wojewody Mazowieckiego z dnia 12.03.2020 r.) |                       |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-507, ul. Wołoska 137                                                                                                                                                       |                       |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| telefon/ telefony                                 | 22 508 18 50                                                                                                                                                                           |                       | X        |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data dodania do wykazu                            | 16.03.2020 r.                                                                                                                                                                          |                       |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 14.09.2020 r.                                                                                                                                                                          |                       |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2 *</b>           |                                                                                                                                                                                        | transport sanitarny** | leczenie | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:                                            | Hotel Roko                                                                                                                                                                             |                       |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-001, ul. Mikołajska 2                                                                                                                                                      |                       |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| telefon/ telefony                                 | 22 508 18 50                                                                                                                                                                           |                       |          | X           |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data dodania do wykazu                            | 10.04.2020 r.                                                                                                                                                                          |                       |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 15.05.2020 r.                                                                                                                                                                          |                       |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3 *</b>           |                                                                                                                                                                                        | transport sanitarny** | leczenie | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:                                            | Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej                                                                                                                                                      |                       |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-507, ul. Wołoska 137                                                                                                                                                       |                       |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| telefon/ telefony                                 | 22 508 13 50, 22 508 13 52                                                                                                                                                             |                       |          |             |            |                                     | X                                  |                                     |              |                                         |
| Data dodania do wykazu                            | 15.04.2020 r.                                                                                                                                                                          |                       |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 30.05.2020 r.                                                                                                                                                                          |                       |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4 *</b>           |                                                                                                                                                                                        | transport sanitarny** | leczenie | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:                                            | Hotel Belwederski                                                                                                                                                                      |                       |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 00-594, ul. Belwederska 44c                                                                                                                                                   |                       |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| telefon/ telefony                                 | 22 508 18 50                                                                                                                                                                           |                       |          | X           |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data dodania do wykazu                            | 24.04.2020 r.                                                                                                                                                                          |                       |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 31.07.2020 r.                                                                                                                                                                          |                       |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |



| Miejsce udzielania świadczeń 5 *                  |                                                                                    | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | 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 02-507, ul. Wołoska 137                                                   |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 22 508 15 10                                                                       |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 07.04.2020 r.                                                                      |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                    |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 6 *                  |                                                                                    | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:                                            | Szpital III poziomu zabezpieczenia - zakresy zgodnie z Decyzją Wojewody            |                       | X                                        |             |            |                                     |                                    |                                     |              | III                              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-507, ul. Wołoska 137                                                   |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 22 508 18 50                                                                       |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 15.09.2020 r.                                                                      |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 08.10.2020 r.                                                                      |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 7 *                  |                                                                                    | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:                                            | Szpital II poziomu zabezpieczenia                                                  |                       | X                                        |             |            |                                     |                                    |                                     |              | II                               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-507, ul. Wołoska 137                                                   |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 22 508 18 50                                                                       |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 17.09.2020 r.                                                                      |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 08.10.2020 r.                                                                      |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 8 *                  |                                                                                    | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:                                            | Szpital IV poziomu zabezpieczenia - zakresy zgodnie z Decyzją Wojewody             |                       | X                                        |             |            |                                     |                                    |                                     |              | IV                               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-507, ul. Wołoska 137                                                   |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 22 508 18 50                                                                       |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 09.10.2020 r.                                                                      |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                    |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 9 *                  |                                                                                    | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:                                            | Szpital tymczasowy - zakresy zgodnie z Decyzją Wojewody                            |                       | X                                        |             |            |                                     |                                    |                                     |              | szpital tymczasowy               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA AL. KSIĘCIA J. PONIATOWSKIEGO 1 (tymczasowe miejsce udzielania świadczeń) |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 22 508 18 50                                                                       |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 26.10.2020 r.                                                                      |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                    |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 10 *                 |                                                                                    | transport sanitarny** | leczenie                                 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |

|                                                   |                                        |  |  |             |  |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------------------|----------------------------------------|--|--|-------------|--|--|--|--|--|--|
| nazwa:                                            | Hotel Belwederski - IZOLATORIUM typ II |  |  | X<br>typ II |  |  |  |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 00-594, ul. Belwederska 44c   |  |  |             |  |  |  |  |  |  |
| telefon/ telefony                                 | 22 508 18 50                           |  |  |             |  |  |  |  |  |  |
| Data dodania do wykazu                            | 02.11.2020 r.                          |  |  |             |  |  |  |  |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                        |  |  |             |  |  |  |  |  |  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 11       |                                                                                                         | kategoria realizowanych świadczeń                                               |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:                                            | "LUXURY MEDICAL CARE" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ - SPÓŁKA KOMANDYTOWA                      |                                                                                 |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 00-195, SŁOMIŃSKIEGO 17/47                                                                     |                                                                                 |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony:                                | GŁÓWNY DYSPOZYTOR PRM W WARSZAWIE<br>do 15.11.2020 r.: 22 525 12 09,<br>od 16.11.2020 r. : 22 852 12 22 |                                                                                 |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| identyfikator REGON                               | 015857134                                                                                               |                                                                                 |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |                                                                                                         | transport sanitarny**                                                           | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:                                            | ZESPÓŁ TRANSPORTU SANITARNEGO                                                                           | 2 do 24.05.2020 r.<br>1 od 25.05.2020 r. do 01.11.2020 r.<br>3 od 02.11.2020 r. |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 00-716, BARTYCKA 175                                                                           |                                                                                 |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | GŁÓWNY DYSPOZYTOR PRM W WARSZAWIE<br>do 15.11.2020 r.: 22 525 12 09,<br>od 16.11.2020 r. : 22 852 12 22 |                                                                                 |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2020 r.                                                                                           |                                                                                 |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                         |                                                                                 |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 *                  |                                                                                                         | transport sanitarny**                                                           | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:                                            | ZESPÓŁ TRANSPORTU SANITARNEGO                                                                           | 2                                                                               |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 01-201, ul. Wolska 37                                                                          |                                                                                 |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | GŁÓWNY DYSPOZYTOR PRM W WARSZAWIE<br>do 15.11.2020 r.: 22 525 12 09,<br>od 16.11.2020 r. : 22 852 12 22 |                                                                                 |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 07.04.2020 r.                                                                                           |                                                                                 |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                         |                                                                                 |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 12       |                                                                                                         | kategoria 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, POZNAŃSKA 22                                                                           |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony:                                | GŁÓWNY DYSPOZYTOR PRM W WARSZAWIE<br>do 15.11.2020 r.: 22 525 12 09,<br>od 16.11.2020 r. : 22 852 12 22 |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| identyfikator REGON                               | 000294674                                                                                               |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |                                                                                                         | transport sanitarny**             | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:                                            | ZESPÓŁ TRANSPORTU SANITARNEGO                                                                           | 3 do 24.05.2020 r.                |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-625, WORONICZA 19                                                                           |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

|                                                   |                                                                                                                                                                           |                                                                                                  |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|-----------------------------------------|
| telefon/ telefony                                 | <b>GŁÓWNY DYSPOZYTOR PRM W WARSZAWIE</b><br><b>do 15.11.2020 r.: 22 525 12 09,</b><br><b>od 16.11.2020 r. : 22 852 12 22</b>                                              | ✓ od 24.03.2020 r.<br><b>2</b> od 25.05.2020 r.<br>do 14.10.2020 r.<br><b>4</b> od 15.10.2020 r. |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2020 r.                                                                                                                                                             |                                                                                                  |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                                                                           |                                                                                                  |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2 *</b>           |                                                                                                                                                                           | transport sanitarny**                                                                            | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:                                            | <b>MOBILNY ZESPÓŁ WYMAZOWY</b><br>(od 16.10.2020 r. do 18.10.2020 r. - 10 zespołów,<br>od 19.10.2020 r. do 29.10.2020 r. - 15 zespołów,<br>od 30.10.2020 r. - 20 zespołów |                                                                                                  |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     | <b>M</b>     |                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-625, WORONICZA 19                                                                                                                                             |                                                                                                  |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| telefon/ telefony                                 |                                                                                                                                                                           |                                                                                                  |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data dodania do wykazu                            | 16.10.2020 r.                                                                                                                                                             |                                                                                                  |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                                                                           |                                                                                                  |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3 *</b>           |                                                                                                                                                                           | transport sanitarny**                                                                            | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | 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 7.00-13.00, wt 7.00-13.00, śr 12.00-18.00, czw 10.00-16.00,<br>pt 7.00-13.00, sb 10.00-16.00, nd 10.00-16.00)                                  |                                                                                                  |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     | <b>S</b>     |                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | WARSZAWA 02-625, WORONICZA 19                                                                                                                                             |                                                                                                  |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| telefon/ telefony                                 | <b>519-197-696</b>                                                                                                                                                        |                                                                                                  |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data dodania do wykazu                            | 27.10.2020 r.                                                                                                                                                             |                                                                                                  |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                                                                           |                                                                                                  |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |

|                                                    |                                                                                                                                |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|-----------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 13</b> | od 09.03.2020 r.                                                                                                               | <b>kategoria realizowanych świadczeń</b> |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| nazwa:                                             | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ<br>WOJEWÓDZKA STACJA POGOTOWIA RATUNKOWEGO I<br>TRANSPORTU SANITARNEGO W PŁOCKU |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | PŁOCK 09-400, UL. NARODOWYCH SIŁ ZBROJNYCH 5                                                                                   |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| telefon/ telefony:                                 | <b>24 366 44 01 GŁÓWNY DYSPOZYTOR PRM W PŁOCKU</b>                                                                             |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| identyfikator REGON                                | 610317845                                                                                                                      |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>            |                                                                                                                                | transport sanitarny**                    | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:                                             | <b>ZESPÓŁ TRANSPORTU SANITARNEGO</b>                                                                                           | <b>1</b>                                 |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | PŁOCK 09-402, UL. STRZELECKA 3                                                                                                 |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| telefon/ telefony                                  | <b>24 366 44 01 GŁÓWNY DYSPOZYTOR PRM W PŁOCKU</b>                                                                             |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data dodania do wykazu                             | 09.03.2020 r.                                                                                                                  |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                                                |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2 *</b>            |                                                                                                                                | transport sanitarny**                    | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:                                             | <b>ZESPÓŁ TRANSPORTU SANITARNEGO</b>                                                                                           | <b>1</b>                                 |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | PŁOCK 09-410, UL. Armii Krajowej 62                                                                                            |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| telefon/ telefony                                  | <b>24 366 44 01 GŁÓWNY DYSPOZYTOR PRM W PŁOCKU</b>                                                                             |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data dodania do wykazu                             | 01.11.2020                                                                                                                     |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |

|                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|-----------------------------------------|
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 14</b> | od 09.03.2020 r.                                                                                                                                                                                                                                                       | <b>kategoria realizowanych świadczeń</b> |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| nazwa:                                             | ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ "SZPITALA POWIATOWEGO" W SOCHACZEWIE                                                                                                                                                                                                          |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | SOCHACZEW 96-500, BATALIONÓW CHŁOPSKICH 3/7                                                                                                                                                                                                                            |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| telefon/ telefony:                                 | 46 864 96 00                                                                                                                                                                                                                                                           |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| identyfikator REGON                                | 017222233                                                                                                                                                                                                                                                              |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>            |                                                                                                                                                                                                                                                                        | transport sanitarny**                    | leczenie                                 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:                                             | ZESPÓŁ TRANSPORTU SANITARNEGO                                                                                                                                                                                                                                          | 1                                        |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | SOCHACZEW 96-500, BATALIONÓW CHŁOPSKICH 3/7                                                                                                                                                                                                                            |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| telefon/ telefony                                  | 24 366 44 01 GŁÓWNY DYSPOZYTOR PRM W PŁOCKU                                                                                                                                                                                                                            |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data dodania do wykazu                             | 09.03.2020 r.                                                                                                                                                                                                                                                          |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data wykreślenia z wykazu                          | 24.05.2020 r.                                                                                                                                                                                                                                                          |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2 *</b>            |                                                                                                                                                                                                                                                                        | transport sanitarny**                    | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:                                             | SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY                                                                                                                                                                                                                                            |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    | X                                   |              |                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Sochaczew 96-500, ul Batalionów Chłopskich 3/7                                                                                                                                                                                                                         |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| telefon/ telefony                                  | 46 864 96 00                                                                                                                                                                                                                                                           |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data dodania do wykazu                             | 07.04.2020 r.                                                                                                                                                                                                                                                          |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3 *</b>            |                                                                                                                                                                                                                                                                        | transport sanitarny**                    | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:                                             | PUNKT POBRAŃ<br>(do 08.09.2020 r.: codziennie w godz. 6.30-8.30;<br>od 09.09.2020 r. do 19.10.2020 r.: codziennie w godz. 6.00-10.15,<br>od 20.10.2020 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) |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     | S            |                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Sochaczew 96-500, ul Batalionów Chłopskich 3/7                                                                                                                                                                                                                         |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| telefon/ telefony                                  | 46 864 95 52                                                                                                                                                                                                                                                           |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data dodania do wykazu                             | 28.05.2020 r.                                                                                                                                                                                                                                                          |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4 *</b>            |                                                                                                                                                                                                                                                                        | transport sanitarny**                    | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:                                             | Szpital I poziomu zabezpieczenia                                                                                                                                                                                                                                       |                                          | X                                        |             |            |                                     |                                    |                                     |              | I                                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Sochaczew 96-500, ul Batalionów Chłopskich 3/7                                                                                                                                                                                                                         |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| telefon/ telefony                                  | 46 864 96 00                                                                                                                                                                                                                                                           |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data dodania do wykazu                             | 15.09.2020 r.                                                                                                                                                                                                                                                          |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data wykreślenia z wykazu                          | 04.10.2020 r.                                                                                                                                                                                                                                                          |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 5 *</b>            |                                                                                                                                                                                                                                                                        | transport sanitarny**                    | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |

|                                                   |                                                    |                       |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
|---------------------------------------------------|----------------------------------------------------|-----------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|-----------------------------------------|
| nazwa:                                            | Szpital II poziomu zabezpieczenia                  |                       | X        |             |            |                                     |                                    |                                     |              | II                                      |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Sochaczew 96-500, ul Batalionów Chłopskich 3/7     |                       |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| telefon/ telefony                                 | 46 864 96 00                                       |                       |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data dodania do wykazu                            | 05.10.2020 r.                                      |                       |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                    |                       |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 6 *</b>           |                                                    | transport sanitarny** | leczenie | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:                                            | <b>ZESPÓŁ TRANSPORTU SANITARNEGO</b>               | 1                     |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SOCHACZEW 96-500, BATALIONÓW CHŁOPSKICH 3/7        |                       |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| telefon/ telefony                                 | <b>24 366 44 01 GŁÓWNY DYSPOZYTOR PRM W PŁOCKU</b> |                       |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data dodania do wykazu                            | 04.11.2020 r.                                      |                       |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                    |                       |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |

|                                                    |                                                     |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|-----------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 15</b> | od 09.03.2020 r.                                    | <b>kategoria realizowanych świadczeń</b> |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| nazwa:                                             | RADOMSKA STACJA POGOTOWIA RATUNKOWEGO               |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | RADOM 26-600, UL. TOCHTERMANA 1                     |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| telefon/ telefony:                                 | <b>48 361 93 51 GŁÓWNY DYSPOZYTOR PRM W RADOMIU</b> |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| identyfikator REGON                                | 670206286                                           |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>            |                                                     | transport sanitarny**                    | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:                                             | <b>ZESPÓŁ TRANSPORTU SANITARNEGO</b>                | 1                                        |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | RADOM 26-600, UL. TOCHTERMANA 1                     |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| telefon/ telefony                                  | <b>48 361 93 51 GŁÓWNY DYSPOZYTOR PRM W RADOMIU</b> |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data dodania do wykazu                             | 09.03.2020 r.                                       |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                     |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |

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

|                                                    |                                                                                                                                 |                                          |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 17</b> | od 09.03.2020 r.                                                                                                                | <b>kategoria realizowanych świadczeń</b> |  |  |  |  |  |  |  |  |
| nazwa:                                             | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "RM-MEDITRANS" STACJA POGOTOWIA RATUNKOWEGO I TRANSPORTU SANITARNEGO W SIEDLCACH |                                          |  |  |  |  |  |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | SIEDLCE 08-110, B-PA I ŚWIRSKIEGO 38                                                                                            |                                          |  |  |  |  |  |  |  |  |

|                                                   |                                                                                                             |                                                                                 |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|-----------------------------------------|
| telefon/ telefony:                                | <b>GŁÓWNY DYSPOZYTOR PRM W SIEDLCACH</b><br>do 17.11.2020 r.: 508 622 044<br>od 18.11.2020 r. : 507 703 430 |                                                                                 |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| identyfikator REGON                               | 000297550                                                                                                   |                                                                                 |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>           |                                                                                                             | transport sanitarny**                                                           | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:                                            | <b>ZESPÓŁ TRANSPORTU SANITARNEGO</b>                                                                        | 2 do 24.05.2020 r.<br>1 od 25.05.2020 r. do 12.10.2020 r.<br>2 od 13.10.2020 r. |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | SIEDLCE 08-110, B-PA I ŚWIRSKIEGO 38                                                                        |                                                                                 |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| telefon/ telefony                                 | <b>GŁÓWNY DYSPOZYTOR PRM W SIEDLCACH</b><br>do 17.11.2020 r.: 508 622 044<br>od 18.11.2020 r. : 507 703 430 |                                                                                 |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data dodania do wykazu                            | 09.03.2020 r.                                                                                               |                                                                                 |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                             |                                                                                 |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |

|                                                    |                                                                                                                                        |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
|----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|-----------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 18</b> | od 09.03.2020 r.                                                                                                                       | <b>kategoria 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, KOŚCIUSZKI 49                                                                                                        |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| telefon/ telefony:                                 | <b>29 764 35 44 GŁÓWNY DYSPOZYTOR PRM W OSTROŁĘCE</b>                                                                                  |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| identyfikator REGON                                | 000297610                                                                                                                              |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>            |                                                                                                                                        | transport sanitarny**                    | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:                                             | <b>ZESPÓŁ TRANSPORTU SANITARNEGO</b>                                                                                                   | 1                                        |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | OSTROŁĘKA 07-410, ROLNA 28                                                                                                             |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| telefon/ telefony                                  | <b>29 764 35 44 GŁÓWNY DYSPOZYTOR PRM W OSTROŁĘCE</b>                                                                                  |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data dodania do wykazu                             | 09.03.2020 r.                                                                                                                          |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                                                        |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2 *</b>            |                                                                                                                                        | transport sanitarny**                    | leczenie                                 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:                                             | <b>ZESPÓŁ TRANSPORTU SANITARNEGO</b>                                                                                                   | 1 do 24.05.2020 r.                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | WYSZKÓW 07-200, PUŁTUSKA 23                                                                                                            |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| telefon/ telefony                                  | <b>29 764 35 44 GŁÓWNY DYSPOZYTOR PRM W OSTROŁĘCE</b>                                                                                  |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data dodania do wykazu                             | 09.03.2020 r.                                                                                                                          |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data wykreślenia z wykazu                          | 24.05.2020 r.                                                                                                                          |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |

|                                                    |                                                                                                            |                                          |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 19</b> | od 18.03.2020 r.                                                                                           | <b>kategoria realizowanych świadczeń</b> |  |  |  |  |  |  |  |  |
| nazwa:                                             | SAMODZIELNY PUBLICZNY SZPITAL KLINICZNY IM. PROF. ADAMA GRUCY CENTRUM MEDYCZNEGO KSZTAŁCENIA PODYPŁOMOWEGO |                                          |  |  |  |  |  |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | OTWOCK 05-400, KONARSKIEGO 13                                                                              |                                          |  |  |  |  |  |  |  |  |
| telefon/ telefony:                                 | 22 779 40 31 wew 286                                                                                       |                                          |  |  |  |  |  |  |  |  |
| identyfikator REGON                                | 000290156                                                                                                  |                                          |  |  |  |  |  |  |  |  |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |                                                                                                         | transport sanitarny**                    | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:                                            | ZESPÓŁ TRANSPORTU SANITARNEGO                                                                           | 2 do 24.05.2020 r.<br>1 od 25.05.2020 r. |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OTWOCK 05-400, KONARSKIEGO 13                                                                           |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | GŁÓWNY DYSPOZYTOR PRM W WARSZAWIE<br>do 15.11.2020 r.: 22 525 12 09,<br>od 16.11.2020 r. : 22 852 12 22 |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 18.03.2020 r.                                                                                           |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                         |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 *                  |                                                                                                         | transport sanitarny**                    | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:                                            | IZBA PRZYJĘĆ                                                                                            |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    | X                                   |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OTWOCK 05-400, KONARSKIEGO 13                                                                           |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 22 779 40 31 wew 286                                                                                    |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 07.04.2020 r.                                                                                           |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                         |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 *                  |                                                                                                         | transport sanitarny**                    | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:                                            | Szpital I poziomu zabezpieczenia                                                                        |                                          | X                                        |             |            |                                     |                                    |                                     |              | I                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | OTWOCK 05-400, KONARSKIEGO 13                                                                           |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 22 779 40 31 wew 286                                                                                    |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 15.09.2020 r.                                                                                           |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                         |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

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

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 21       | od 23.03.2020 r.                                               | kategoria realizowanych świadczeń |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|-----------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| nazwa:                                            | ŚRODOWISKOWO-LEKARSKIE WODNE OCHOTNICZE<br>POGOTOWIE RATUNKOWE |                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RADOM 26-600, UL. WERNERA 9/11                                 |                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |

|                                                   |                                              |                                                                                    |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
|---------------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| telefon/ telefony:                                | 48 361 93 51 GŁÓWNY DYSPOZYTOR PRM W RADOMIU |                                                                                    |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| identyfikator REGON                               | 672958665                                    |                                                                                    |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |                                              | transport sanitarny**                                                              | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:                                            | ZESPÓŁ TRANSPORTU SANITARNEGO                | 2 do 24.05.2020 r.<br>1 od 25.05.2020 r.<br>do 29.10.2020 r.<br>2 od 30.10.2020 r. |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | RADOM 26-600, UL. WERNERA 9/11               |                                                                                    |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 48 361 93 51 GŁÓWNY DYSPOZYTOR PRM W RADOMIU |                                                                                    |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 23.03.2020 r.                                |                                                                                    |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                              |                                                                                    |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

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



|                                                   |                                                                                      |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|-----------------------------------------|
| Data wykreślenia z wykazu                         | 17.05.2020 r.                                                                        |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 5*</b>            |                                                                                      | transport sanitarny** | leczenie                                 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:                                            | OTOLARYNGOLOGIA                                                                      |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 01-755, ul. Krasińskiego 54/56                                              |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| telefon/ telefony                                 | 261 852 601; 261 852 606                                                             |                       | X                                        |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data dodania do wykazu                            | 23.03.2020 r.                                                                        |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 17.05.2020 r.                                                                        |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 6*</b>            |                                                                                      | transport sanitarny** | leczenie                                 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:                                            | IZBA PRZYJĘĆ                                                                         |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 01-755, ul. Krasińskiego 54/56                                              |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| telefon/ telefony                                 | 261 852 601; 261 852 606                                                             |                       | X                                        |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data dodania do wykazu                            | 23.03.2020 r.                                                                        |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 17.05.2020 r.                                                                        |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 7*</b>            |                                                                                      | transport sanitarny** | leczenie                                 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:                                            | ALAB laboratoria sp. z o.o., Medyczne Laboratorium Diagnostyczne, Pracownia Genetyki |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 00-739, ul. Stępińska 22/30                                                 |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| telefon/ telefony                                 | 506 230 086                                                                          |                       |                                          |             |            |                                     | X                                  |                                     |              |                                         |
| Data dodania do wykazu                            | 20.04.2020 r.                                                                        |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 30.05.2020 r.                                                                        |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 8*</b>            |                                                                                      | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:                                            | IZBA PRZYJĘĆ                                                                         |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 01-755, ul. Krasińskiego 54/56                                              |                       |                                          |             |            |                                     |                                    | X                                   |              |                                         |
| telefon/ telefony                                 | 261 852 601; 261 852 606                                                             |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data dodania do wykazu                            | 07.04.2020 r.                                                                        |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                      |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 9 *</b>           |                                                                                      | transport sanitarny** | leczenie                                 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:                                            | PUNKT POBRAŃ (codzienie w godz. 11.00-13.00)                                         |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 01-755, ul. Krasińskiego 54/56                                              |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| telefon/ telefony                                 | 727 063 026                                                                          |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     | S            |                                         |
| Data dodania do wykazu                            | 11.05.2020 r.                                                                        |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 31.05.2020 r.                                                                        |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 10 *</b>          |                                                                                      | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:                                            | Szpital I poziomu zabezpieczenia                                                     |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 01-755, ul. Krasińskiego 54/56                                              |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| telefon/ telefony                                 | 261 852 601; 261 852 606                                                             |                       | X                                        |             |            |                                     |                                    |                                     |              | I                                       |

|                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                       |                                          |                 |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|------------------------------------------|-----------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|-----------------------------------------|
| Data dodania do wykazu                            | 15.09.2020 r.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                       |                                          |                 |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 22.10.2020 r.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                       |                                          |                 |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 11 *</b>          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium     | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:                                            | <b>PUNKT POBRAŃ</b><br>(do 18.10.2020 r.: codziennie w godz. 7.30-12.00, od 19.10.2020 r. do 27.10.2020 r.: pn 7.30-12.00, wt 14.00-19.00, śr 7.30-12.00, czw 14.00-19.00, pt 7.30-12.00, sb 7.30-12.00, nd 7.30-12.00,<br><b>od 28.10.2020 r.:</b> pn 7.30-12.00, wt 14.00-18.00, śr 7.30-12.00, czw 14.00-18.00, pt 7.30-12.00, sb 7.30-12.00, nd 7.30-12.00) |                       |                                          |                 |            |                                     |                                    |                                     | <b>S</b>     |                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 01-755, ul. Krasińskiego 54/56                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                       |                                          |                 |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| telefon/ telefony                                 | 231 852 988, 727 060 026                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                       |                                          |                 |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data dodania do wykazu                            | 16.10.2020 r.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                       |                                          |                 |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                       |                                          |                 |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 12 *</b>          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium     | teleporada | 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                       | <b>X</b>                                 |                 |            |                                     |                                    |                                     |              | <b>II</b>                               |
| telefon/ telefony                                 | 261 852 601; 261 852 606                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                       |                                          |                 |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data dodania do wykazu                            | 23.10.2020 r.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                       |                                          |                 |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                       |                                          |                 |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 13 *</b>          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium     | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:                                            | Rewita Rynia - IZOLATORIUM typ II                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                       |                                          |                 |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Białobrzegi 05-127, ul. Wczasowa 59                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                       |                                          | <b>X typ II</b> |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| telefon/ telefony                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                       |                                          |                 |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data dodania do wykazu                            | 27.11.2020 r.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                       |                                          |                 |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                       |                                          |                 |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |

|                                                    |                                                                                                      |                                          |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|-----------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 23</b> | od 02.04.2020 r.                                                                                     | <b>kategoria 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 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:                                             | <b>PEDIATRIA</b>                                                                                     |                                          |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Dziekanów Leśny 05-092, ul. Marii Konopnickiej 65                                                    |                                          | <b>X</b> |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| telefon/ telefony                                  | 22 76 57 119; 22 76 57 135; 22 76 57 136                                                             |                                          |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data dodania do wykazu                             | 02.04.2020 r.                                                                                        |                                          |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data wykreślenia z wykazu                          | 17.05.2020 r.                                                                                        |                                          |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |

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

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

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 25 | od 04.04.2020 r. | kategoria realizowanych świadczeń |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------------|------------------|-----------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
|---------------------------------------------|------------------|-----------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|

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

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

|                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|-----------------------------------------|
| Data dodania do wykazu                            | 04.04.2020 r.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 30.05.2020 r.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2 *</b>           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:                                            | <b>IZBA PRZYJĘĆ</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-776, ul. Indiry Gandhi 14                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| telefon/ telefony                                 | 223496100                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                       |                                          |             |            |                                     |                                    | X                                   |              |                                         |
| Data dodania do wykazu                            | 10.04.2020 r.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3 *</b>           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | 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 16.08.2020 r.: pn-pt 11.00-14.00, sb-nd 9.00-12.00;<br>od 17.08.2020 r. do 08.09.2020 r.: pn-pt 8.00-11.00, sb-nd 9.00-12.00;<br>od 09.09.2020 r. do 18.10.2020 r.: pn-pt 8.00-12.10, sb-nd 9.00-13.10,<br>od 19.10.2020 r.: pn 8.00-13.00, wt 8.00-13.00, śr 8.00-13.00,<br>czw 14.30-19.30, pt 14.30-19.30, sb 9.00-14.00, nd 9.00-14.00) |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-776, ul. Indiry Gandhi 14                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| telefon/ telefony                                 | 22 34 96 211                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data dodania do wykazu                            | 12.05.2020 r.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4 *</b>           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:                                            | Szpital I poziomu zabezpieczenia                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-776, ul. Indiry Gandhi 14                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| telefon/ telefony                                 | 223496100                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                       | X                                        |             |            |                                     |                                    |                                     |              | I                                       |
| Data dodania do wykazu                            | 15.09.2020 r.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 5 *</b>           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:                                            | Szpital III poziomu zabezpieczenia w zakresie chorób układu krążenia                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-776, ul. Indiry Gandhi 14                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| telefon/ telefony                                 | 223496100                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                       | X                                        |             |            |                                     |                                    |                                     |              | III                                     |
| Data dodania do wykazu                            | 17.11.2020 r.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |

|                                                    |                                                   |                                          |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------|------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 27</b> | od 04.04.2020 r.                                  | <b>kategoria realizowanych świadczeń</b> |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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                                 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:                                            | ALAB laboratoria Sp. z o.o., Medyczne Laboratorium Diagnostyczne, Pracownia Genetyki |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 00-739, ul. Stępińska 22/30                                                 |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 22 349 60 60                                                                         |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 04.04.2020 r.                                                                        |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 30.05.2020 r.                                                                        |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
|                                                   |                                                                                      |                       |                                          |             |            |                                     | X                                  |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 *                  |                                                                                      | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:                                            | IZBA PRZYJĘĆ                                                                         |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| 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                         |                                                                                      |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
|                                                   |                                                                                      |                       |                                          |             |            |                                     |                                    | X                                   |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 *                  |                                                                                      | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:                                            | Szpital I poziomu zabezpieczenia                                                     |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 01-004, ul. Żelazna 90                                                      |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 22 25 59 801                                                                         |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 15.09.2020 r.                                                                        |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                      |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
|                                                   |                                                                                      |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              | I                                |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 28       | od 04.04.2020 r.                                                                     | kategoria 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                                 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:                                            | ALAB laboratoria Sp. z o.o., Medyczne Laboratorium Diagnostyczne, Pracownia Genetyki |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 00-739, ul. Stępińska 22/30                                                 |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 22 349 60 60                                                                         |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 04.04.2020 r.                                                                        |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 30.05.2020 r.                                                                        |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
|                                                   |                                                                                      |                                   |                                          |             |            |                                     | X                                  |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 *                  |                                                                                      | transport sanitarny**             | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:                                            | IZBA PRZYJĘĆ                                                                         |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 01-211, ul. Kasprzaka 17A                                                   |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 22 32 77 422, 22 32 77 441                                                           |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 07.04.2020 r.                                                                        |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                      |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
|                                                   |                                                                                      |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    | X                                   |              |                                  |

| Miejsce udzielania świadczeń 3 *                  |                                                                                      | transport sanitarny**             | leczenie                                 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:                                            | Centrum Medyczne MedGen                                                              |                                   |                                          |             |            |                                     | X                                  |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-954, ul. Wiktorii Wiedeńskiej 9A                                         |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 501 377 150; 506 069 568, 515 141 414                                                |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 27.04.2020 r.                                                                        |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 30.05.2020 r.                                                                        |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 *                  |                                                                                      | transport sanitarny**             | leczenie                                 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:                                            | Narodowy Instytut Leków                                                              |                                   |                                          |             |            |                                     | X                                  |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 00-725, ul. Chełmska 30/34                                                  |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 |                                                                                      |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 04.05.2020 r.                                                                        |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 30.05.2020 r.                                                                        |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 5 *                  |                                                                                      | transport sanitarny**             | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | 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 01-211, ul. Kasprzaka 17A                                                   |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 22 32 77 422, 22 32 77 441                                                           |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 15.09.2020 r.                                                                        |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                      |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 29       | od 04.04.2020 r.                                                                     | kategoria realizowanych świadczeń |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| nazwa:                                            | Mazowiecki Szpital Onkologiczny Sp. z o.o. w Warszawie                               |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 03-411, Al. Solidarności 12                                                 |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony:                                | 22 766 15 00                                                                         |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| identyfikator REGON                               | 369482970                                                                            |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |                                                                                      | transport sanitarny**             | leczenie                                 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:                                            | ALAB laboratoria sp. z o.o., Medyczne Laboratorium Diagnostyczne, Pracownia Genetyki |                                   |                                          |             |            |                                     | X                                  |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 00-739, ul. Stępińska 22/30                                                 |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 22 349 60 60                                                                         |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 04.04.2020 r.                                                                        |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 30.05.2020 r.                                                                        |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 *                  |                                                                                      | transport sanitarny**             | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | 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 | Wieliszew 05-135, ul. Kościelna 61                                                   |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 22 766 15 00                                                                         |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 15.09.2020 r.                                                                        |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                      |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 30       | od 04.04.2020 r.                                                                     | kategoria realizowanych świadczeń |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

|                                                   |                                                                                                                  |                       |                                          |                              |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|------------------------------------------|------------------------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|-----------------------------------------|
| nazwa:                                            | Uniwersyteckie Centrum Kliniczne Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego - Centralny Szpital Kliniczny w Warszawie |                       |                                          |                              |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-097, ul. Banacha 1a                                                                                  |                       |                                          |                              |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| telefon/ telefony:                                | 22 59 91 500                                                                                                     |                       |                                          |                              |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| identyfikator REGON                               | 000288975                                                                                                        |                       |                                          |                              |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>           |                                                                                                                  | transport sanitarny** | leczenie                                 | izolatorium                  | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:                                            | Warsaw Genomics Sp. z o.o., Laboratorium Analiz Genetycznych, Warszawa 01-682, ul. Kiwerska 33A                  |                       |                                          |                              |            |                                     | X                                  |                                     |              |                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-093, ul. L. Pasteura 5A/ Warszawa 02-089, ul. Żwirki i Wigury 101                                    |                       |                                          |                              |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| telefon/ telefony                                 | 22 65 80 259; 22 65 80 180                                                                                       |                       |                                          |                              |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data dodania do wykazu                            | 04.04.2020 r.                                                                                                    |                       |                                          |                              |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 30.05.2020 r.                                                                                                    |                       |                                          |                              |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2 *</b>           |                                                                                                                  | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium                  | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:                                            | Szpital I poziomu zabezpieczenia                                                                                 |                       | X                                        |                              |            |                                     |                                    |                                     |              | I                                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-097, ul. Banacha 1a                                                                                  |                       |                                          |                              |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| telefon/ telefony                                 | 22 59 91 500                                                                                                     |                       |                                          |                              |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data dodania do wykazu                            | 15.09.2020 r.                                                                                                    |                       |                                          |                              |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 08.11.2020 r.                                                                                                    |                       |                                          |                              |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3 *</b>           |                                                                                                                  | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium                  | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:                                            | IZBA PRZYJĘĆ                                                                                                     |                       |                                          |                              |            |                                     |                                    | X                                   |              |                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-097, ul. Banacha 1a                                                                                  |                       |                                          |                              |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| telefon/ telefony                                 | 22 59 91 500                                                                                                     |                       |                                          |                              |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data dodania do wykazu                            | 07.04.2020 r.                                                                                                    |                       |                                          |                              |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                  |                       |                                          |                              |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4 *</b>           |                                                                                                                  | transport sanitarny** | leczenie                                 | izolatorium                  | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:                                            | Centrum Konferencyjno-Apartamentowe Mrówka - IZOLATORIUM typ II                                                  |                       |                                          | X<br>typ II od 29.10.2020 r. |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-971, ul. Przekorna 33                                                                                |                       |                                          |                              |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| telefon/ telefony                                 |                                                                                                                  |                       |                                          |                              |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data dodania do wykazu                            | 28.10.2020 r.                                                                                                    |                       |                                          |                              |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                  |                       |                                          |                              |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 5 *</b>           |                                                                                                                  | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium                  | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:                                            | Szpital II poziomu zabezpieczenia                                                                                |                       | X                                        |                              |            |                                     |                                    |                                     |              | II                                      |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-097, ul. Banacha 1a                                                                                  |                       |                                          |                              |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| telefon/ telefony                                 | 22 59 91 500                                                                                                     |                       |                                          |                              |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data dodania do wykazu                            | 09.11.2020 r.                                                                                                    |                       |                                          |                              |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                  |                       |                                          |                              |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |



| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 31       |                                                                                                             | kategoria 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                                 | izolatorium                  | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:                                            | Warsaw Genomics Sp. z o.o., Laboratorium Analiz Genetycznych, Warszawa 01-682, ul. Kiwerska 33A             |                                   |                                          |                              |            |                                     | X                                  |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-093, ul. L. Pasteura 5A/ Warszawa 02-089, ul. Żwirki i Wigury 101                               |                                   |                                          |                              |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 22 65 80 259; 22 65 80 180                                                                                  |                                   |                                          |                              |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 04.04.2020 r.                                                                                               |                                   |                                          |                              |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 30.05.2020 r.                                                                                               |                                   |                                          |                              |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 *                  |                                                                                                             | transport sanitarny**             | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium                  | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:                                            | Szpital I poziomu zabezpieczenia                                                                            |                                   | X                                        |                              |            |                                     |                                    |                                     |              | I                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-005, ul. Lindleya 4                                                                             |                                   |                                          |                              |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 22 502 12 00                                                                                                |                                   |                                          |                              |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 15.09.2020 r.                                                                                               |                                   |                                          |                              |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 15.10.2020 r.                                                                                               |                                   |                                          |                              |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 *                  |                                                                                                             | transport sanitarny**             | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium                  | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:                                            | 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 4 *                  |                                                                                                             | transport sanitarny**             | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium                  | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:                                            | Szpital II poziomu zabezpieczenia                                                                           |                                   | X                                        |                              |            |                                     |                                    |                                     |              | II                               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-005, ul. Lindleya 4                                                                             |                                   |                                          |                              |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 22 502 12 00                                                                                                |                                   |                                          |                              |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 16.10.2020 r.                                                                                               |                                   |                                          |                              |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                             |                                   |                                          |                              |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 5 *                  |                                                                                                             | transport sanitarny**             | leczenie                                 | izolatorium                  | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:                                            | Centrum Konferencyjno-Apartamentowe Mrówka - IZOLATORIUM typ II                                             |                                   |                                          | X<br>typ II od 29.10.2020 r. |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-971, ul. Przekorna 33                                                                           |                                   |                                          |                              |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 |                                                                                                             |                                   |                                          |                              |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

|                           |               |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---------------------------|---------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Data dodania do wykazu    | 28.10.2020 r. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu |               |  |  |  |  |  |  |  |  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 32       |                                                                                                                      | kategoria realizowanych świadczeń |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
|---------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| od 07.04.2020 r.                                  |                                                                                                                      |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| 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                                 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:                                            | Diagnostyka Sp. z o. o., Kraków 31-864, ul. Prof. Życzkowskiego 16                                                   |                                   |                                          |             |            |                                     | X                                  |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kraków 31-864, ul. Prof. Życzkowskiego 16                                                                            |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 663 686 960                                                                                                          |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 08.04.2020 r.                                                                                                        |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 30.05.2020 r.                                                                                                        |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 *                  |                                                                                                                      | transport sanitarny**             | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:                                            | IZBA PRZYJĘĆ                                                                                                         |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    | X                                   |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 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                         |                                                                                                                      |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 *                  |                                                                                                                      | transport sanitarny**             | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:                                            | Szpital I poziomu zabezpieczenia                                                                                     |                                   | X                                        |             |            |                                     |                                    |                                     |              | I                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 00-189, ul. Inflancka 6                                                                                     |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 22 69 73 110, 797 301 519                                                                                            |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 15.09.2020 r.                                                                                                        |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 15.11.2020 r.                                                                                                        |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 *                  |                                                                                                                      | transport sanitarny**             | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:                                            | Szpital II poziomu zabezpieczenia                                                                                    |                                   | X                                        |             |            |                                     |                                    |                                     |              | II                               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 00-189, ul. Inflancka 6                                                                                     |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 22 69 73 110, 797 301 519                                                                                            |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 16.11.2020 r.                                                                                                        |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                      |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 33       |                                                        | kategoria realizowanych świadczeń |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|-----------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| od 07.04.2020                                     |                                                        |                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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                                                          |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |                                                                    | transport sanitarny** | leczenie                                 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:                                            | Diagnostyka Sp. z o. o., Kraków 31-864, ul. Prof. Życzkowskiego 16 |                       |                                          |             |            |                                     | X                                  |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kraków 31-864, ul. Prof. Życzkowskiego 16                          |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 12 29 50 100                                                       |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 10.04.2020 r.                                                      |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 30.05.2020 r.                                                      |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 *                  |                                                                    | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:                                            | 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                         |                                                                    |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 *                  |                                                                    | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:                                            | Szpital I poziomu zabezpieczenia                                   |                       | X                                        |             |            |                                     |                                    |                                     |              | I                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 03-401, Al. Solidarności 67                               |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 22 55 51 126                                                       |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 15.09.2020 r.                                                      |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                    |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

|                                                   |                                                                    |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 34       | od 10.04.2020                                                      | kategoria 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                                                          |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |                                                                    | transport sanitarny**             | leczenie                                 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:                                            | Diagnostyka Sp. z o. o., Kraków 31-864, ul. Prof. Życzkowskiego 16 |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kraków 31-864, ul. Prof. Życzkowskiego 16                          |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 799 399 360                                                        |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 10.04.2020 r.                                                      |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 30.05.2020 r.                                                      |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 *                  |                                                                    | transport sanitarny**             | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:                                            | Szpital I poziomu zabezpieczenia                                   |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 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 35       |                                                                                                                              | od 04.04.2020 r. | kategoria realizowanych świadczeń |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| nazwa:                                            | Klinika Neuroradiologii Sp. z o.o.                                                                                           |                  |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 00-033, ul. Wojciecha Górskiego 6/92                                                                                |                  |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony:                                | 48 37 79 025                                                                                                                 |                  |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| identyfikator REGON                               | 140794224                                                                                                                    |                  |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |                                                                                                                              |                  | transport sanitarny**             | leczenie                                 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:                                            | ALAB laboratoria sp. z o.o., Medyczne Laboratorium Diagnostyczne, Pracownia Genetyki                                         |                  |                                   |                                          |             |            |                                     | X                                  |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 00-739, ul. Stępińska 22/30                                                                                         |                  |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 22 34 96 060                                                                                                                 |                  |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 04.04.2020 r.                                                                                                                |                  |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 30.05.2020 r.                                                                                                                |                  |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 *                  |                                                                                                                              |                  | transport sanitarny**             | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:                                            | Szpital I poziomu zabezpieczenia                                                                                             |                  |                                   | X                                        |             |            |                                     |                                    |                                     |              | I                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Radom 26-600, ul. Uniwersytecka 6                                                                                            |                  |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 48 377 90 25                                                                                                                 |                  |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 15.09.2020 r.                                                                                                                |                  |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                              |                  |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
|                                                   |                                                                                                                              |                  |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 36       |                                                                                                                              | od 04.04.2020 r. | kategoria realizowanych świadczeń |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| 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                                                                                                                    |                  |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |                                                                                                                              |                  | transport sanitarny**             | leczenie                                 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:                                            | ALAB laboratoria sp. z o.o., Medyczne Laboratorium Diagnostyczne, Pracownia Genetyki                                         |                  |                                   |                                          |             |            |                                     | X                                  |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 00-739, ul. Stępińska 22/30                                                                                         |                  |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 23 69 19 934                                                                                                                 |                  |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 04.04.2020 r.                                                                                                                |                  |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 30.05.2020 r.                                                                                                                |                  |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 *                  |                                                                                                                              |                  | transport sanitarny**             | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:                                            | PUNKT POBRAŃ<br>(do 6.09.2020 r. codziennie w godz. 11.00-13.00;<br>od 7.09.2020 r. codziennie w godz. 9.00-13.05)           |                  |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     | S            |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Pułtusk 06-120, ul. Teofila Kwiatkowskiego 19                                                                                |                  |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | do 21.05.2020 - tel. 23 691 99 01;<br>od 22.05.2020 - tel. 23 691 99 01 dotępny: pn-pt,<br>tel. 23 691 99 30 dostępny: sb-nd |                  |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 07.05.2020 r.                                                                                                                |                  |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 19.10.2020 r.                                                                                                                |                  |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

| Miejsce udzielania świadczeń 3 *                  |                                               | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------|-----------------------|------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:                                            | Szpital I poziomu zabezpieczenia              |                       | X                                        |             |            |                                     |                                    |                                     |              | I                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Pułtusk 06-120, ul. Teofila Kwiatkowskiego 19 |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 23 69 19 901, 23 69 19 902                    |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 15.09.2020 r.                                 |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 07.10.2020 r.                                 |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 *                  |                                               | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | 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 | Pułtusk 06-120, ul. Teofila Kwiatkowskiego 19 |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 23 69 19 901, 23 69 19 902                    |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 08.10.2020 r.                                 |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                               |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 37       | od 14.04.2020 r.                                                                                    | kategoria realizowanych świadczeń |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:                                            | Uniwersyteckie Centrum Zdrowia Kobiety i Noworodka Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego Sp. z o.o. |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-015, Plac Starynkiewicza 1/3                                                            |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony:                                | 22 58 30 311, 22 58 30 310                                                                          |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| identyfikator REGON                               | 146726100                                                                                           |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |                                                                                                     | transport sanitarny**             | leczenie                                 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:                                            | ALAB laboratoria sp. z o.o., Medyczne Laboratorium Diagnostyczne, Pracownia Genetyki                |                                   |                                          |             |            |                                     | X                                  |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 00-739, ul. Stępińska 22/30                                                                |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 514 783 575                                                                                         |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 14.04.2020 r.                                                                                       |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 30.05.2020 r.                                                                                       |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 *                  |                                                                                                     | transport sanitarny**             | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:                                            | IZBA PRZYJĘĆ                                                                                        |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    | X                                   |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-015, Plac Starynkiewicza 1/3                                                            |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 22 58 30 311, 22 58 30 310                                                                          |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 15.04.2020 r.                                                                                       |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                     |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 *                  |                                                                                                     | transport sanitarny**             | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | 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 02-015, Plac Starynkiewicza 1/3                                                            |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 22 58 30 311, 22 58 30 310                                                                          |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 15.09.2020 r.                                                                                       |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                     |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 38       |                                                                                                                                                                                                                                                                                           | kategoria realizowanych świadczeń |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:                                            | Centrum Medyczne im. Bitwy Warszawskiej 1920 r. Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej                                                                                                                                                                                   |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Radzymin 05-250, ul. Konstytucji 3 Maja 17                                                                                                                                                                                                                                                |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony:                                | 22 76 07 170                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| identyfikator REGON                               | 010124527                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                           | transport sanitarny**             | leczenie                                 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:                                            | Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny                                                                                                                                                                                                                          |                                   |                                          |             |            |                                     | X                                  |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 00-791, ul. Chocimska 24                                                                                                                                                                                                                                                         |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 22 54 21 202                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 14.04.2020 r.                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 30.05.2020 r.                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 *                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                           | transport sanitarny**             | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:                                            | IZBA PRZYJĘĆ                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    | X                                   |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 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 3 *                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                           | transport sanitarny**             | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:                                            | Szpital I poziomu zabezpieczenia                                                                                                                                                                                                                                                          |                                   | X                                        |             |            |                                     |                                    |                                     |              | I                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Radzymin 05-250, ul. Konstytucji 3 Maja 17                                                                                                                                                                                                                                                |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 22 76 07 170                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 15.09.2020 r.                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 09.11.2020 r.                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 *                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                           | transport sanitarny**             | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:                                            | PUNKT POBRAŃ<br>(do 02.11.2020 r.: pn 17.00-21.00, wt 11.00-15.00, śr 17.00-21.00, czw 17.00-21.00, pt 17.00-21.00, sb 17.00-21.00, nd 17.00-21.00,<br>od 03.11.2020 r.: pn 17.00-21.00, wt 17.00-21.00, śr 17.00-21.00, czw 17.00-21.00, pt 17.00-21.00, sb 14.00-16.00, nd 14.00-16.00) |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     | 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 5 *                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                           | transport sanitarny**             | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:                                            | Szpital II poziomu zabezpieczenia                                                                                                                                                                                                                                                         |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

|                                                   |                                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------------------|--------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Radzymin 05-250, ul. Konstytucji 3 Maja 17 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| telefon/ telefony                                 | 22 76 07 170                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Data dodania do wykazu                            | 10.11.2020 r.                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

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

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 40       |                                                                                        | kategoria realizowanych świadczeń |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| nazwa:                                            | Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie - Państwowy Instytut Badawczy |                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-781, ul. W.K. Roentgena 5                                                  |                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| telefon/ telefony:                                | 22 546 22 14                                                                           |                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |

|                                                   |                                                             |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-----------------------|------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|-----------------------------------------|
| identyfikator REGON                               | 000288366                                                   |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>           |                                                             | transport sanitarny** | leczenie                                 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:                                            | Pracownia Diagnostyki Genetycznej i Molekularnej Nowotworów |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-781, ul. W.K. Roentgena 5                       |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| telefon/ telefony                                 | 22 546 23 82                                                |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data dodania do wykazu                            | 15.04.2020 r.                                               |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 30.05.2020 r.                                               |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2 *</b>           |                                                             | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | 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 02-781, 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 3 *</b>           |                                                             | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:                                            | Szpital I poziomu zabezpieczenia                            |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 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 4 *</b>           |                                                             | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:                                            | Szpital II poziomu zabezpieczenia                           |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa, ul. Wawelska 15                                   |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| telefon/ telefony                                 |                                                             |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data dodania do wykazu                            | 09.11.2020 r.                                               |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                             |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |

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



| Miejsce udzielania świadczeń 2 *                  |                                        | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---------------------------------------------------|----------------------------------------|-----------------------|------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:                                            | IZBA PRZYJĘĆ                           |                       |                                          |             |            |                                     |                                    | X                                   |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 03-709, ul. Sierakowskiego 13 |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 22 82 24 607                           |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 07.04.2020 r.                          |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                        |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 *                  |                                        | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:                                            | Szpital I poziomu zabezpieczenia       |                       | 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 42       | od 07.04.2020 r.                                                                                  | kategoria realizowanych świadczeń |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:                                            | Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji im. prof. dr hab. med. Eleonory Reicher |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-637, ul. Spartańska 1                                                                 |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony:                                | 22 670 93 20                                                                                      |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| identyfikator REGON                               | 000288567                                                                                         |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |                                                                                                   | transport sanitarny**             | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:                                            | IZBA PRZYJĘĆ                                                                                      |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    | X                                   |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-637, ul. Spartańska 1                                                                 |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 22 670 93 20                                                                                      |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 07.04.2020 r.                                                                                     |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                   |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 2*                   |                                                                                                   | transport sanitarny**             | leczenie                                 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:                                            | Narodowy Instytut Leków                                                                           |                                   |                                          |             |            |                                     | X                                  |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 00-725, ul. Chełmska 30/34                                                               |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 |                                                                                                   |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 07.05.2020 r.                                                                                     |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 30.05.2020 r.                                                                                     |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 *                  |                                                                                                   | transport sanitarny**             | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:                                            | Szpital I poziomu zabezpieczenia                                                                  |                                   | X                                        |             |            |                                     |                                    |                                     |              | I                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-637, ul. Spartańska 1                                                                 |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 22 670 93 20                                                                                      |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 15.09.2020 r.                                                                                     |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 08.11.2020 r.                                                                                     |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

| Miejsce udzielania świadczeń 4 *                  |                                                        | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|-----------------------|------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:                                            | <b>PUNKT POBRAŃ</b><br>(codziennie w godz. 7.30-11.30) |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-637, ul. Spartańska 1                      |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 22 670 94 50                                           |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     | S            |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 18.11.2020 r.                                          |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                        |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 5 *                  |                                                        | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:                                            | Szpital II poziomu zabezpieczenia                      |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-637, ul. Spartańska 1                      |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 22 670 93 20                                           |                       | X                                        |             |            |                                     |                                    |                                     |              | II                               |
| Data dodania do wykazu                            | 09.11.2020 r.                                          |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                        |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 43       | od 14.04.2020 r.                                                 | kategoria realizowanych świadczeń |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:                                            | Mazowieckie Centrum Leczenia Chorób Płuc i Gruźlicy              |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Otwock 05-400, ul. Narutowicza 80                                |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony:                                | 22 344 64 71                                                     |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| identyfikator REGON                               | 000676714                                                        |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |                                                                  | transport sanitarny**             | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | 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 | Otwock 05-400, ul. Władysława Stanisława Reymonta 83/91          |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 22 344 64 71                                                     |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 14.04.2020 r.                                                    |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                  |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 *                  |                                                                  | transport sanitarny**             | leczenie                                 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:                                            | Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 00-791, ul. Chocimska 24                                |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 22 54 21 202                                                     |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 11.05.2020 r.                                                    |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 30.05.2020 r.                                                    |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 *                  |                                                                  | transport sanitarny**             | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | 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 | Otwock 05-400, ul. Władysława Stanisława Reymonta 83/91          |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 22 344 64 71                                                     |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 15.09.2020 r.                                                    |                                   | X                                        |             |            |                                     |                                    |                                     |              | I                                |

|                                                   |                                                         |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|-----------------------|------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|-----------------------------------------|
| Data wykreślenia z wykazu                         | 11.10.2020                                              |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4 *</b>           |                                                         | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:                                            | Szpital II poziomu zabezpieczenia                       |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Otwock 05-400, ul. Władysława Stanisława Reymonta 83/91 |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| telefon/ telefony                                 | 22 344 64 71                                            |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data dodania do wykazu                            | 12.10.2020 r.                                           |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                         |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |

|                                                    |                                                                  |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|-----------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 44</b> | od 07.04.2020 r.                                                 | <b>kategoria realizowanych świadczeń</b> |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| 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                                                        |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>            |                                                                  | transport sanitarny**                    | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:                                             | <b>IZBA PRZYJĘĆ</b>                                              |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Kajetany 05-830, ul. Mokra 17                                    |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| telefon/ telefony                                  | 22 356 03 66                                                     |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data dodania do wykazu                             | 07.04.2020 r.                                                    |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                  |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2 *</b>            |                                                                  | transport sanitarny**                    | leczenie                                 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:                                             | Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Warszawa 00-791, ul. Chocimska 24                                |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| telefon/ telefony                                  |                                                                  |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data dodania do wykazu                             | 16.04.2020 r.                                                    |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data wykreślenia z wykazu                          | 30.05.2020 r.                                                    |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3 *</b>            |                                                                  | transport sanitarny**                    | leczenie                                 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:                                             | Instytut Hematologii i Transfuzjologii                           |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Warszawa 02-776, ul. Indiry Gandhi 14                            |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| telefon/ telefony                                  |                                                                  |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data dodania do wykazu                             | 17.04.2020 r.                                                    |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data wykreślenia z wykazu                          | 30.05.2020 r.                                                    |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4 *</b>            |                                                                  | transport sanitarny**                    | leczenie                                 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:                                             | Narodowy Instytut Leków                                          |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Warszawa 00-725, ul. Chełmska 30/34                              |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| telefon/ telefony                                  |                                                                  |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data dodania do wykazu                             | 21.04.2020 r.                                                    |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data wykreślenia z wykazu                          | 30.05.2020 r.                                                    |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |

| Miejsce udzielania świadczeń 5 *                  |                                  | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---------------------------------------------------|----------------------------------|-----------------------|------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:                                            | Szpital I poziomu zabezpieczenia |                       | X                                        |             |            |                                     |                                    |                                     |              | I                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kajetany 05-830, ul. Mokra 17    |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 22 356 03 66                     |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 15.09.2020 r.                    |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                  |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 45       | od 14.04.2020 r.                                                   | kategoria 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 | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:                                            | IZBA PRZYJĘĆ                                                       |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    | X                                   |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Pionki 26-670, ul. Niepodległości 1                                |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 48 612 49 37 we. 132                                               |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 14.04.2020 r.                                                      |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                    |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 *                  |                                                                    | transport sanitarny**             | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:                                            | Szpital I poziomu zabezpieczenia                                   |                                   | X                                        |             |            |                                     |                                    |                                     |              | I                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Pionki 26-670, ul. Niepodległości 1                                |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 48 612 13 81                                                       |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 15.09.2020 r.                                                      |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 14.11.2020 r.                                                      |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 *                  |                                                                    | transport sanitarny**             | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:                                            | Szpital II poziomu zabezpieczenia                                  |                                   | X                                        |             |            |                                     |                                    |                                     |              | II                               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Pionki 26-670, ul. Niepodległości 1                                |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 48 612 13 81                                                       |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 15.11.2020 r.                                                      |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                    |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 46       | od 07.04.2020 r.                     | kategoria realizowanych świadczeń |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
|---------------------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:                                            | Warszawski Szpital dla dzieci SP ZOZ |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 00-328 , ul. Kopernika 43   |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony:                                | 22 830 54 00                         |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| identyfikator REGON                               | 000297520                            |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |                                      | transport sanitarny**             | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:                                            | IZBA PRZYJĘĆ                         |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

|                                                   |                                                                                      |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|-----------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 00-328 , ul. Kopernika 43                                                   |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| telefon/ telefony                                 | 22 830 53 10                                                                         |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data dodania do wykazu                            | 07.04.2020 r.                                                                        |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                      |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2 *</b>           |                                                                                      | transport sanitarny** | leczenie                                 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:                                            | ALAB laboratoria sp. z o.o., Medyczne Laboratorium Diagnostyczne, Pracownia Genetyki |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 00-739, ul. Stępińska 22/30                                                 |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| telefon/ telefony                                 |                                                                                      |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data dodania do wykazu                            | 08.04.2020 r.                                                                        |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 30.05.2020 r.                                                                        |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3 *</b>           |                                                                                      | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | 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                                                   |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| telefon/ telefony                                 | 22 830 53 10                                                                         |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data dodania do wykazu                            | 15.09.2020 r.                                                                        |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                      |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |

|                                                    |                                                |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|-----------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 47</b> | od 14.04.2020 r.                               | <b>kategoria realizowanych świadczeń</b> |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| nazwa:                                             | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Łosice 08-200, ul. Słoneczna 1                 |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| telefon/ telefony:                                 | 83 357 32 31                                   |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| identyfikator REGON                                | 000304585                                      |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>            |                                                | transport sanitarny**                    | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | 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                 |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| telefon/ telefony                                  | 83 357 32 31                                   |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data dodania do wykazu                             | 14.04.2020 r.                                  |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2 *</b>            |                                                | transport sanitarny**                    | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | 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  | Łosice 08-200, ul. Słoneczna 1                 |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| telefon/ telefony                                  | 83 357 32 31                                   |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data dodania do wykazu                             | 15.09.2020 r.                                  |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data wykreślenia z wykazu                          | 03.11.2020 r.                                  |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3 *</b>            |                                                | transport sanitarny**                    | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |

|                                                   |                                                                                                                                                                                                                     |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|-----------------------------------------|
| nazwa:                                            | <b>PUNKT POBRAŃ</b><br>(do 19.10.2020 r.: codziennie w godz. 7.00-11.30,<br><b>od 20.10.2020 r.:</b> pn 15.00-19.00, wt 7.00-11.30, śr 7.00-11.30,<br>czw 15.00-19.00, pt 7.00-11.30, sb 7.00-11.30, nd 7.00-11.30) |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     | S            |                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Łosice 08-200, ul. Słoneczna 1                                                                                                                                                                                      |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| telefon/ telefony                                 | 512 128 051                                                                                                                                                                                                         |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data dodania do wykazu                            | 01.10.2020 r.                                                                                                                                                                                                       |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                                                                                                                     |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4 *</b>           |                                                                                                                                                                                                                     | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | 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                                                                                                                                                                                      |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| telefon/ telefony                                 | 83 357 32 31                                                                                                                                                                                                        |                       | X                                        |             |            |                                     |                                    |                                     |              | II                                      |
| Data dodania do wykazu                            | 15.09.2020 r.                                                                                                                                                                                                       |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 04.11.2020 r.                                                                                                                                                                                                       |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |

|                                                   |                                                                   |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|--|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 48       | od 09.04.2020 r.                                                  | kategoria 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 | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |  |
| nazwa:                                            | IZBA PRZYJĘĆ                                                      |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    | X                                   |              |                                  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 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                                 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |  |
| nazwa:                                            | Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny  |                                   |                                          |             |            |                                     | X                                  |                                     |              |                                  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 00-791, ul. Chocimska 24                                 |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |
| telefon/ telefony                                 |                                                                   |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |
| Data dodania do wykazu                            | 09.04.2020 r                                                      |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 29.05.2020 r.                                                     |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 *                  |                                                                   | transport sanitarny**             | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |  |
| nazwa:                                            | Szpital I poziomu zabezpieczenia                                  |                                   | X                                        |             |            |                                     |                                    |                                     |              | I                                |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Sierpc 09-200, ul. Juliusza Słowackiego 32                        |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |
| telefon/ telefony                                 | 24 275 85 35                                                      |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |
| Data dodania do wykazu                            | 15.09.2020 r.                                                     |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 03.11.2020 r.                                                     |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |

| Miejsce udzielania świadczeń 4 *                  |                                            | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---------------------------------------------------|--------------------------------------------|-----------------------|------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:                                            | Szpital II poziomu zabezpieczenia          |                       | 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 49       | od 17.04.2020 r.                  | kategoria 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 | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:                                            | IZBA PRZYJĘĆ                      |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    | X                                   |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 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 | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:                                            | Szpital I poziomu zabezpieczenia  |                                   | X                                        |             |            |                                     |                                    |                                     |              | I                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 01-138, ul. Płocka 26    |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 22 431 22 22                      |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 15.09.2020 r.                     |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 18.10.2020 r.                     |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 *                  |                                   | transport sanitarny**             | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:                                            | Szpital II poziomu zabezpieczenia |                                   | 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 50       | od 08.04.2020 r.                                                         | kategoria 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 | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |

|                                                   |                                              |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
|---------------------------------------------------|----------------------------------------------|-----------------------|------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:                                            | IZBA PRZYJĘĆ                                 |                       |                                          |             |            |                                     |                                    | X                                   |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Itża 27-100, ul. Danuty Siedzikówny "Inki" 4 |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 48 368 17 50                                 |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 08.04.2020 r.                                |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                              |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 *                  |                                              | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:                                            | Szpital I poziomu zabezpieczenia             |                       | X                                        |             |            |                                     |                                    |                                     |              | I                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Itża 27-100, ul. Danuty Siedzikówny "Inki" 4 |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 48 368 17 50                                 |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 15.09.2020 r.                                |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 04.11.2020 r.                                |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 *                  |                                              | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | 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 | Itża 27-100, ul. Danuty Siedzikówny "Inki" 4 |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 48 368 17 50                                 |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 05.11.2020 r.                                |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                              |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

|                                                   |                                                                                            |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 51       | od 07.04.2020 r.                                                                           | kategoria realizowanych świadczeń |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| nazwa:                                            | Szpital Specjalistyczny im. Świętej Rodziny Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-544, ul. Madalińskiego 25                                                      |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony:                                | 22 450 22 00                                                                               |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| identyfikator REGON                               | 012045743                                                                                  |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |                                                                                            | transport sanitarny**             | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:                                            | IZBA PRZYJĘĆ                                                                               |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    | X                                   |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-544, ul. Madalińskiego 25                                                      |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 691 315 859                                                                                |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 07.04.2020 r.                                                                              |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                            |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 *                  |                                                                                            | transport sanitarny**             | leczenie                                 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:                                            | Diagnostyka Sp. z o. o., Kraków 31-864, ul. Prof. Życzkowskiego 16                         |                                   |                                          |             |            |                                     | X                                  |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kraków 31-864, ul. Prof. Życzkowskiego 16                                                  |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 691 315 859                                                                                |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 17.04.2020 r.                                                                              |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 30.05.2020 r.                                                                              |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 *                  |                                                                                            | transport sanitarny**             | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | 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 02-544, ul. Madalińskiego 25 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| telefon/ telefony                                 | 691 315 859                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Data dodania do wykazu                            | 15.09.2020 r.                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

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

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

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

|                                                    |                                                                                                                                |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|-----------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 54</b> | od 04.04.2020 r.                                                                                                               | <b>kategoria 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 | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:                                             | SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY                                                                                                    |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Radom 26-617, ul. Juliana Aleksandowicza 5                                                                                     |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    | X                                   |              |                                         |
| telefon/ telefony                                  | 48 361 31 81                                                                                                                   |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data dodania do wykazu                             | 07.04.2020 r.                                                                                                                  |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                                                |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2 *</b>            |                                                                                                                                | transport sanitarny**                    | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:                                             | PUNKT POBRAŃ<br>(do 08.09.2020 r.: pn-pt 15.00-17.00, sb-nd 9.00-11.00, od 09.09.2020 r.: pn-pt 14.30-18.45, sb-nd 9.00-13.15) |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Radom 26-617, ul. Juliana Aleksandowicza 5                                                                                     |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     | S            |                                         |
| telefon/ telefony                                  | do dnia 21.05.2020 r. - 608 481 123, od dnia 22.05.2020 r. - 48 361 48 28                                                      |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data dodania do wykazu                             | 11.05.2020 r.                                                                                                                  |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                                                |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3 *</b>            |                                                                                                                                | transport sanitarny**                    | leczenie                                 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:                                             | Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny                                                               |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Warszawa 00-791, ul. Chocimska 24                                                                                              |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| telefon/ telefony                                  |                                                                                                                                |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data dodania do wykazu                             | 04.04.2020 r.                                                                                                                  |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data wykreślenia z wykazu                          | 30.05.2020 r.                                                                                                                  |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4 *</b>            |                                                                                                                                | transport sanitarny**                    | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:                                             | Szpital I poziomu zabezpieczenia                                                                                               |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Radom 26-617, ul. Juliana Aleksandowicza 5                                                                                     |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |

|                                                   |                                            |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
|---------------------------------------------------|--------------------------------------------|-----------------------|------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|-----------------------------------------|
| telefon/ telefony                                 | 48 361 31 81                               |                       | X                                        |             |            |                                     |                                    |                                     |              | I                                       |
| Data dodania do wykazu                            | 15.09.2020 r.                              |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 05.11.2020 r.                              |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 5 *</b>           |                                            | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:                                            | Szpital II poziomu zabezpieczenia          |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 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 55</b> | od 07.04.2020 r.                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <b>kategoria realizowanych świadczeń</b> |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| nazwa:                                             | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Sokołowie 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 | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:                                             | <b>IZBA PRZYJĘĆ</b>                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Sokołów Podlaski 08-300, ul. ks. J. Bosko 5                                                                                                                                                                                                                                                       |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    | X                                   |              |                                         |
| telefon/ telefony                                  | 25 781 72 99                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data dodania do wykazu                             | 07.04.2020 r.                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2 *</b>            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | transport sanitarny**                    | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:                                             | <b>PUNKT POBRAŃ</b><br>(do 18.09.2020 r.: pn-pt 16.00-18.00; sb-nd 7.00-9.00;<br>od 19.09.2020 r. 19.10.2020 r.: pn-pt 15.00-19.15; sb-nd 7.00-11.15,<br><b>od 20.10.2020 r.:</b> pn 14.00-19.00, wt. 14.00-19.00, śr 14.00-19.00, czw 14.00-19.00, pt 14.00-19.00, sb 7.00-12.00, nd 7.00-12.00) |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     | S            |                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Sokołów Podlaski 08-300, ul. ks. J. Bosko 5                                                                                                                                                                                                                                                       |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| telefon/ telefony                                  | 532 452 472                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data dodania do wykazu                             | 18.05.2020 r.                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3 *</b>            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | transport sanitarny**                    | leczenie                                 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:                                             | Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny                                                                                                                                                                                                                                  |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Warszawa 00-791, ul. Chocimska 24                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| telefon/ telefony                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data dodania do wykazu                             | 30.04.2020 r.                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                          |                                          |             |            |                                     | X                                  |                                     |              |                                         |
| Data wykreślenia z wykazu                          | 30.05.2020 r.                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |

| Miejsce udzielania świadczeń 4 *                  |                                             | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------|------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:                                            | Szpital I poziomu zabezpieczenia            |                       | X                                        |             |            |                                     |                                    |                                     |              | I                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Sokołów Podlaski 08-300, ul. ks. J. Bosko 5 |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 25 781 72 99                                |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 15.09.2020 r.                               |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 25.10.2020 r.                               |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 5 *                  |                                             | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:                                            | Szpital II poziomu zabezpieczenia           |                       | X                                        |             |            |                                     |                                    |                                     |              | II                               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Sokołów Podlaski 08-300, ul. ks. J. Bosko 5 |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 25 781 72 99                                |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 26.10.2020 r.                               |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                             |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

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

|                                                   |                                           |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------|-----------------------|------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|-----------------------------------------|
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                           |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4 *</b>           |                                           | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:                                            | Szpital II poziomu zabezpieczenia         |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Mińsk Mazowiecki 05-300, ul. Szpitalna 37 |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| telefon/ telefony                                 | 25 758 30 01                              |                       | X                                        |             |            |                                     |                                    |                                     |              | II                                      |
| Data dodania do wykazu                            | 05.10.2020 r.                             |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                           |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |

|                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|-----------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 57</b> | od 07.04.2020 r.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <b>kategoria realizowanych świadczeń</b> |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| 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 | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:                                             | <b>SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Grodzisk Mazowiecki 05-825, ul. Daleka 11                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| telefon/ telefony                                  | 22 755 90 75                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data dodania do wykazu                             | 07.04.2020 r.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2 *</b>            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | transport sanitarny**                    | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:                                             | <b>PUNKT POBRAŃ</b><br>(do 20.05.2020 r.: pn-pt 12.00-14.00; sb-nd 8.30-10.30;<br>od 21.05.2020 do 23.08.2020 r.: codziennie 8.00-10.00;<br>od 24.08.2020 r. do 07.09.2020 r.: codziennie 7.30-10.00;<br>od 08.09.2020 r. 19.10.2020 r.: codziennie 7.30-11.40,<br>od 20.10.2020 r. do 22.10.2020 r.:<br>pn 7.30-12.00, wt 7.30-12.00, 15.00-17.00,<br>śr 7.30-12.00, czw 7.30-12.00, 15.00-17.00,<br>pt 7.30-12.00, sb 7.30-12.00, nd 7.30-12.00,<br><b>od 23.10.2020 r.:</b> pn 7.30-17.00, wt 7.30-17.00, śr 7.30-17.00,<br>czw 7.30-17.00, pt 7.30-17.00, sb 7.30-12.00, nd 7.30-12.00) |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| 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                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3 *</b>            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | transport sanitarny**                    | leczenie                                 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:                                             | <b>Zakład Mikrobiologii</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Grodzisk Mazowiecki 05-825, ul. Daleka 11                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| telefon/ telefony                                  | 22 755 90 65                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                          |                                          |             |            |                                     | X                                  |                                     |              |                                         |

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

|                                                    |                                                                      |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
|----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|-----------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 58</b> | od 07.04.2020 r.                                                     | <b>kategoria realizowanych świadczeń</b> |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| nazwa:                                             | Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Pruszkowie |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Pruszków 05-800, ul. Armii Krajowej 2/4                              |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| telefon/ telefony:                                 | 22 758 80 02                                                         |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| identyfikator REGON                                | 000310290                                                            |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>            |                                                                      | transport sanitarny**                    | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:                                             | <b>IZBA PRZYJĘĆ</b>                                                  |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Pruszków 05-800, ul. Armii Krajowej 2/4                              |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    | X                                   |              |                                         |
| 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 | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:                                             | Szpital I poziomu zabezpieczenia                                     |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Pruszków 05-800, ul. Armii Krajowej 2/4                              |                                          | X                                        |             |            |                                     |                                    |                                     |              | I                                       |
| telefon/ telefony                                  | 22 758 60 55                                                         |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data dodania do wykazu                             | 15.09.2020 r.                                                        |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data wykreślenia z wykazu                          | 06.10.2020 r.                                                        |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3 *</b>            |                                                                      | transport sanitarny**                    | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:                                             | <b>PUNKT POBRAŃ (codziennie 10.00-15.00)</b>                         |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Pruszków 05-800, ul. Armii Krajowej 2/4                              |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     | S            |                                         |
| telefon/ telefony                                  | 22 758 60 55                                                         |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data dodania do wykazu                             | 21.09.2020 r.                                                        |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                      |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |

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

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

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

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

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



|                                                   |                                   |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
|---------------------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| telefon/ telefony                                 | 22 569 01 20                      |                       | X                                        |             |            |                                     |                                    |                                     |              | I                                |
| Data dodania do wykazu                            | 15.09.2020 r.                     |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 31.10.2020 r.                     |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 3*                   |                                   | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | 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 62       | od 07.04.2020 r.                                                           | kategoria realizowanych świadczeń |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| nazwa:                                            | Mazowiecki Szpital Wojewódzki im. św. Jana Pawła II w Siedlcach Sp. z o.o. |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Siedlce 08-110, ul. Poniatowskiego 26                                      |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony:                                | 25 640 32 00                                                               |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| identyfikator REGON                               | 141944750                                                                  |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |                                                                            | transport sanitarny**             | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | 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 | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:                                            | Szpital I poziomu zabezpieczenia                                           |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Siedlce 08-110, ul. Poniatowskiego 26                                      |                                   | X                                        |             |            |                                     |                                    |                                     |              | I                                |
| telefon/ telefony                                 | 25 640 33 30                                                               |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 15.09.2020 r.                                                              |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 21.10.2020                                                                 |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 3*                   |                                                                            | transport sanitarny**             | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | 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                         |                                                                            |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

|                                                   |                                                                                                                           |                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 63       | od 08.04.2020 r.                                                                                                          | kategoria realizowanych świadczeń |  |  |  |  |  |  |  |  |
| nazwa:                                            | Wojewódzki Samodzielny Zespół Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej im. profesora Eugeniusza Wilczkowskiego w Gostyninie |                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gostynin 09-500, Zalesie 1                                                                                                |                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| telefon/ telefony:                                | 24 236 00 00 lub 01                                                                                                       |                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |

|                                                   |                            |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
|---------------------------------------------------|----------------------------|-----------------------|------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|-----------------------------------------|
| identyfikator REGON                               | 000291724                  |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>           |                            | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | 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 | Gostynin 09-500, Zalesie 1 |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| telefon/ telefony                                 | 24 236 00 15, 24 236 00 60 |                       |                                          |             |            |                                     |                                    | X                                   |              |                                         |
| Data dodania do wykazu                            | 08.04.2020 r.              |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                            |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |

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

|                                                    |                                                                                      |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|-----------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 65</b> | od 10.04.2020 r.                                                                     | <b>kategoria realizowanych świadczeń</b> |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| nazwa:                                             | Powiatowe Centrum Zdrowia Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością w restrukturyzacji |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Otwock 05-400, ul. Batorego 44                                                       |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| telefon/ telefony:                                 | 22 778 26 00                                                                         |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| identyfikator REGON                                | 146378640                                                                            |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>            |                                                                                      | transport sanitarny**                    | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | 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  | Otwock 05-400, ul. Batorego 44                                                       |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| telefon/ telefony                                  | 22 778 26 00                                                                         |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    | X                                   |              |                                         |
| Data dodania do wykazu                             | 10.04.2020 r.                                                                        |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                      |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2 *</b>            |                                                                                      | transport sanitarny**                    | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | 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 30.06.2020 r.: pn, czw, pt: 13.00-15.00; wt, śr, sb, nd: 8.00-10.00;<br>od 01.07.2020 r. do 04.10.2020 r.: codziennie w godz. 8.00-10.00;<br>od 05.10.2020 r. do 19.10.2020 r.: pn-pt: 7.30-11.45, sb-nd: 7.00-11.15,<br><b>od 20.10.2020 r. do 25.10.2020 r.:</b> pn 7.30-12.00, wt 12.30-17.00, śr 7.30-12.00, czw 12.30-17.00, pt 7.30-12.00, sb 7.00-11.30, nd 7.00-11.30,<br><b>od 26.10.2020 r.:</b> pn 7.00-12.00, wt 12.00-17.00, śr 7.00-12.00, czw 12.00-17.00, pt 7.00-12.00, sb 7.00-12.00, nd 7.00-12.00) |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     | S            |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Otwock 05-400, ul. Batorego 44                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 783 131 131                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 18.05.2020 r.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 3*                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:                                            | Szpital I poziomu zabezpieczenia                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Otwock 05-400, ul. Batorego 44                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 22 778 26 00                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                       | X                                        |             |            |                                     |                                    |                                     |              | I                                |
| Data dodania do wykazu                            | 15.09.2020 r.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 22.10.2020 r.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 4*                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:                                            | Szpital II poziomu zabezpieczenia                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Otwock 05-400, ul. Batorego 44                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 22 778 26 00                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                       | X                                        |             |            |                                     |                                    |                                     |              | II                               |
| Data dodania do wykazu                            | 23.10.2020 r.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

|                                                   |                                    |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
|---------------------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 66       | od 04.04.2020 r.                   | kategoria 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 | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:                                            | IZBA PRZYJĘĆ                       |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    | x                                   |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-957, ul. Sobieskiego 9 |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| 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                                 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |

|                                                   |                                                                                      |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|-----------------------------------------|
| nazwa:                                            | ALAB laboratoria sp. z o.o., Medyczne Laboratorium Diagnostyczne, Pracownia Genetyki |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 00-739, ul. Stępińska 22/30                                                 |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| telefon/ telefony                                 | 22 349 60 12                                                                         |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data dodania do wykazu                            | 04.04.2020 r.                                                                        |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 30.05.2020 r.                                                                        |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3*</b>            |                                                                                      | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:                                            | Szpital I poziomu zabezpieczenia                                                     |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-957, ul. Sobieskiego 9                                                   |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| telefon/ telefony                                 | 22 458 28 30                                                                         |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data dodania do wykazu                            | 15.09.2020 r.                                                                        |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                      |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |

|                                                    |                                                                                      |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|-----------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 67</b> | od 10.04.2020 r.                                                                     | <b>kategoria realizowanych świadczeń</b> |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| nazwa:                                             | Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej                              |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Żuromin 09-300, ul. Szpitalna 56                                                     |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| telefon/ telefony:                                 | 23 657 22 01                                                                         |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| identyfikator REGON                                | 000301279                                                                            |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>            |                                                                                      | transport sanitarny**                    | leczenie                                 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:                                             | ALAB laboratoria sp. z o.o., Medyczne Laboratorium Diagnostyczne, Pracownia Genetyki |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Warszawa 00-739, ul. Stępińska 22/30                                                 |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| telefon/ telefony                                  | 23 657 21 90                                                                         |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data dodania do wykazu                             | 16.04.2020 r.                                                                        |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data wykreślenia z wykazu                          | 30.05.2020 r.                                                                        |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2 *</b>            |                                                                                      | transport sanitarny**                    | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:                                             | <b>IZBA PRZYJĘĆ</b>                                                                  |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Żuromin 09-300, ul. Szpitalna 56                                                     |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| telefon/ telefony                                  | 23 657 22 01                                                                         |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data dodania do wykazu                             | 10.04.2020 r.                                                                        |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                      |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3*</b>             |                                                                                      | transport sanitarny**                    | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:                                             | Szpital I poziomu zabezpieczenia                                                     |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Żuromin 09-300, ul. Szpitalna 56                                                     |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| telefon/ telefony                                  | 23 657 22 01                                                                         |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data dodania do wykazu                             | 15.09.2020 r.                                                                        |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data wykreślenia z wykazu                          | 05.11.2020 r.                                                                        |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4 *</b>            |                                                                                      | transport sanitarny**                    | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |

|                                                   |                                                                                                                                                                                                                     |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|-----------------------------------------|
| nazwa:                                            | <b>PUNKT POBRAŃ</b><br>(do 19.10.2020 r.: codziennie w godz. 7.00-12.00,<br><b>od 20.10.2020 r.:</b> pn 7.00-12.00, wt 15.00-20.00, śr 7.00-12.00,<br>czw 15.00-20.00, pt 7.00-12.00, sb 7.00-12.00, nd 7.00-12.00) |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Żuromin 09-300, ul. Szpitalna 56                                                                                                                                                                                    |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| telefon/ telefony                                 | 23 657 22 01 wew. 316; 538 817 121                                                                                                                                                                                  |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data dodania do wykazu                            | 28.09.2020 r.                                                                                                                                                                                                       |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                                                                                                                     |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 5*</b>            |                                                                                                                                                                                                                     | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:                                            | Szpital II poziomu zabezpieczenia                                                                                                                                                                                   |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Żuromin 09-300, ul. Szpitalna 56                                                                                                                                                                                    |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| telefon/ telefony                                 | 23 657 22 01                                                                                                                                                                                                        |                       | X                                        |             |            |                                     |                                    |                                     |              | II                                      |
| Data dodania do wykazu                            | 06.11.2020 r.                                                                                                                                                                                                       |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                                                                                                                     |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |

|                                                    |                                                                    |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|-----------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 68</b> | od 20.04.2020 r.                                                   | <b>kategoria realizowanych świadczeń</b> |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| nazwa:                                             | Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w 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                                                          |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>            | od 20.04.2020 r.                                                   | transport sanitarny**                    | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:                                             | <b>SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY</b>                                 |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Wyszków 07-200, ul. Komisji Edukacji Narodowej 1                   |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    | X                                   |              |                                         |
| telefon/ telefony                                  | 29 743 78 48                                                       |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data dodania do wykazu                             | 20.04.2020 r.                                                      |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                    |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2 *</b>            |                                                                    | transport sanitarny**                    | leczenie                                 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:                                             | Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny   |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Warszawa 00-791, ul. Chocimska 24                                  |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| telefon/ telefony                                  |                                                                    |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data dodania do wykazu                             | 20.04.2020 r.                                                      |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data wykreślenia z wykazu                          | 30.05.2020 r.                                                      |                                          |                                          |             |            |                                     | X                                  |                                     |              |                                         |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3*</b>             |                                                                    | transport sanitarny**                    | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:                                             | Szpital I poziomu zabezpieczenia                                   |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Wyszków 07-200, ul. Komisji Edukacji Narodowej 1                   |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| telefon/ telefony                                  | 29 743 78 48                                                       |                                          | X                                        |             |            |                                     |                                    |                                     |              | I                                       |
| Data dodania do wykazu                             | 15.09.2020 r.                                                      |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data wykreślenia z wykazu                          | 22.10.2020 r.                                                      |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |

| Miejsce udzielania świadczeń 4 *                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:                                            | <b>PUNKT POBRAŃ</b><br>(do 19.10.2020 r.: pn-pt w godz. 10.00-14.30, sb-nd w godz. 8.00-12.30,<br><b>od 20.10.2020 r.:</b> pn 10.00-14.30, wt 10.00-14.30, śr 15.00-19.30, czw 10.00-14.30, pt 10.00-14.30, sb 15.00-19.30, nd 8.00-12.30)                                                                                                                                                        |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wyszków 07-200, ul. Komisji Edukacji Narodowej 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | <b>PUNKT POBRAŃ</b><br>(do 19.10.2020 r.: pn-pt w godz. 10.00-14.30, sb-nd w godz. 8.00-12.30,<br>od 20.10.2020 r. do 02.11.2020 r.: pn 10.00-14.30, wt 10.00-14.30, śr 15.00-19.30, czw 10.00-14.30, pt 10.00-14.30, sb 15.00-19.30, nd 8.00-12.30,<br><b>od 03.11.2020 r.:</b> 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            |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 01.10.2020 r.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 5*                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:                                            | Szpital II poziomu zabezpieczenia                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wyszków 07-200, ul. Komisji Edukacji Narodowej 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 29 743 78 48                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                       | X                                        |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 23.10.2020 r.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              | II                               |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 69       | od 14.04.2020 r.                                                             | kategoria 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                                                                    |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |                                                                              | transport sanitarny**             | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:                                            | <b>IZBA PRZYJĘĆ</b>                                                          |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 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                         |                                                                              |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 2*                   |                                                                              | transport sanitarny**             | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:                                            | Szpital I poziomu zabezpieczenia                                             |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Żyrardów 96-300, ul. Limanowskiego 30                                        |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 46 855 20 11                                                                 |                                   | X                                        |             |            |                                     |                                    |                                     |              | I                                |

|                                                   |                                       |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------|------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|-----------------------------------------|
| Data dodania do wykazu                            | 15.09.2020 r.                         |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 25.10.2020 r.                         |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3*</b>            |                                       | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:                                            | Szpital II poziomu zabezpieczenia     |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Żyrardów 96-300, ul. Limanowskiego 30 |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| 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 70</b> | od 07.04.2020 r.                                                                                                                                                                              | <b>kategoria realizowanych świadczeń</b> |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| nazwa:                                             | Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Ostrowi Mazowieckiej                                                                                                                |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Ostrów Mazowiecka 07-300, ul. Dubois 68                                                                                                                                                       |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| telefon/ telefony:                                 | 29 746 37 11                                                                                                                                                                                  |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| identyfikator REGON                                | 000306756                                                                                                                                                                                     |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>            |                                                                                                                                                                                               | transport sanitarny**                    | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:                                             | SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY                                                                                                                                                                   |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Ostrów Mazowiecka 07-300, ul. Dubois 68                                                                                                                                                       |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    | X                                   |              |                                         |
| telefon/ telefony                                  | 29 746 37 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 | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:                                             | <b>PUNKT POBRAŃ</b><br>(do 3.09.2020 r. codziennie w godz. 8.00-10.15;<br>od 4.09.2020 r. do 27.10.2020 r.: codziennie w godz. 8.00-12.05,<br><b>od 28.10.2020 r.:</b> codziennie 8.00-20.00) |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Ostrów Mazowiecka 07-300, ul. Dubois 68                                                                                                                                                       |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     | S            |                                         |
| 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                                                                                        |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data dodania do wykazu                             | 07.05.2020 r.                                                                                                                                                                                 |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                                                                                                               |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3*</b>             |                                                                                                                                                                                               | transport sanitarny**                    | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:                                             | Szpital I poziomu zabezpieczenia                                                                                                                                                              |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Ostrów Mazowiecka 07-300, ul. Dubois 68                                                                                                                                                       |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| telefon/ telefony                                  | 29 746 37 20                                                                                                                                                                                  |                                          | X                                        |             |            |                                     |                                    |                                     |              | I                                       |
| Data dodania do wykazu                             | 15.09.2020 r.                                                                                                                                                                                 |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data wykreślenia z wykazu                          | 08.11.2020 r.                                                                                                                                                                                 |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4*</b>             |                                                                                                                                                                                               | transport sanitarny**                    | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |

|                                                   |                                          |  |   |  |  |  |  |  |  |    |
|---------------------------------------------------|------------------------------------------|--|---|--|--|--|--|--|--|----|
| nazwa:                                            | Szpital II poziomu zabezpieczenia        |  | X |  |  |  |  |  |  | II |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ostrów Mazowiecka 07-300, ul. Duboisa 68 |  |   |  |  |  |  |  |  |    |
| telefon/ telefony                                 | 29 746 37 20                             |  |   |  |  |  |  |  |  |    |
| Data dodania do wykazu                            | 09.11.2020 r.                            |  |   |  |  |  |  |  |  |    |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                          |  |   |  |  |  |  |  |  |    |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 71       | od 07.04.2020 r.                               | kategoria realizowanych świadczeń |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
|---------------------------------------------------|------------------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:                                            | Międyleski 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                                      |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |                                                | transport sanitarny**             | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:                                            | SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY                    |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    | X                                   |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 04-749, ul. Bursztynowa 2             |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 22 473 53 32                                   |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 07.04.2020 r.                                  |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 2*                   |                                                | transport sanitarny**             | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:                                            | Szpital I poziomu zabezpieczenia               |                                   | X                                        |             |            |                                     |                                    |                                     |              | I                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 04-749, ul. Bursztynowa 2             |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 22 473 53 32                                   |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 15.09.2020 r.                                  |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 06.10.2020 r.                                  |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 3*                   |                                                | transport sanitarny**             | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:                                            | Szpital II poziomu zabezpieczenia              |                                   | X                                        |             |            |                                     |                                    |                                     |              | II                               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 04-749, ul. Bursztynowa 2             |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 22 473 53 32                                   |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 07.10.2020 r.                                  |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 72       | od 07.04.2020 r.                                            | kategoria realizowanych świadczeń |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| 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                                                   |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |                                                             | transport sanitarny**             | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:                                            | SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY                                 |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    | X                                   |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Garwolin 08-400, ul. Lubelska 50                            |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 25 684 48 40                                                |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |



|                                                   |                                                                                              |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
|---------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| Data dodania do wykazu                            | 07.04.2020 r.                                                                                |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                              |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 2*                   |                                                                                              | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | 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 | Garwolin 08-400, ul. Lubelska 50                                                             |                       | X                                        |             |            |                                     |                                    |                                     |              | I                                |
| telefon/ telefony                                 | 25 684 48 40                                                                                 |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 15.09.2020 r.                                                                                |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 01.11.2020 r.                                                                                |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 *                  |                                                                                              | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:                                            | PUNKT POBRAŃ (pn-pt w godz. 15.00-17.00, sb w godz. 10.00-12.00, nd w godz. 7.00-9.00)       |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Garwolin 08-400, ul. Staszica 18                                                             |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     | S            |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 661 363 607                                                                                  |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 01.10.2020 r.                                                                                |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                              |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 *                  |                                                                                              | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:                                            | PUNKT POBRAŃ (codziennie w godz. 8.00-20.00)                                                 |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Garwolin 08-400, ul. Romanówka 13 (Punkt przy Garwolińskiej Strefie Aktywności Gospodarczej) |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     | S            |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 600 358 010                                                                                  |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 31.10.2020 r.                                                                                |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                              |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 5*                   |                                                                                              | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:                                            | Szpital II poziomu zabezpieczenia                                                            |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Garwolin 08-400, ul. Lubelska 50                                                             |                       | X                                        |             |            |                                     |                                    |                                     |              | II                               |
| telefon/ telefony                                 | 25 684 48 40                                                                                 |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 02.11.2020 r.                                                                                |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                              |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

|                                                   |                                                          |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
|---------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 73       | od 15.04.2020 r.                                         | kategoria realizowanych świadczeń |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| nazwa:                                            | Nowodworskie Centrum Medyczne w Nowym Dworze Mazowieckim |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nowy Dwór Mazowiecki 05-100, ul. Miodowa 2               |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony:                                | 22 765 83 08                                             |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| identyfikator REGON                               | 000306733                                                |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |                                                          | transport sanitarny**             | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | 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 | 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 | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:                                            | <b>PUNKT POBRAŃ</b><br>(do 11.09.2020 r.: codziennie w godz. 8.00-10.00; od 12.09.2020 r. do 19.10.2020 r.: codziennie w godz. 8.00-12.30, <b>od 20.10.2020 r.:</b> pn 8.00-12.30, wt 15.00-19.30, śr 8.00-12.30, czw 15.00-19.30, pt 8.00-12.30, sb 8.00-12.30, nd 8.00-12.30) |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     | S            |                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nowy Dwór Mazowiecki 05-100, ul. Miodowa 2                                                                                                                                                                                                                                      |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| telefon/ telefony                                 | do 25.10.2020 r.: 503 642 999<br>od 26.10.2020 r.: 795 112 999, 22 765 83 22                                                                                                                                                                                                    |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data dodania do wykazu                            | 20.05.2020 r.                                                                                                                                                                                                                                                                   |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3*</b>            |                                                                                                                                                                                                                                                                                 | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | 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 | Nowy Dwór Mazowiecki 05-100, ul. Miodowa 2                                                                                                                                                                                                                                      |                       | X                                        |             |            |                                     |                                    |                                     |              | I                                       |
| telefon/ telefony                                 | 22 775 30 81 wew 211                                                                                                                                                                                                                                                            |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data dodania do wykazu                            | 15.09.2020 r.                                                                                                                                                                                                                                                                   |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 06.10.2020 r.                                                                                                                                                                                                                                                                   |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4*</b>            |                                                                                                                                                                                                                                                                                 | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | 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                                                                                                                                                                                                                                      |                       | X                                        |             |            |                                     |                                    |                                     |              | II                                      |
| telefon/ telefony                                 | 22 775 30 81 wew 211                                                                                                                                                                                                                                                            |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data dodania do wykazu                            | 07.10.2020 r.                                                                                                                                                                                                                                                                   |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 5 *</b>           |                                                                                                                                                                                                                                                                                 | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | 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 8.00-10.00, śr 15.00-17.00, czw 8.00-10.00, pt 8.00-10.00, sb 8.00-10.00, nd 8.00-10.00)                                                                                                                                             |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     | S            |                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nowy Dwór Mazowiecki 05-100, ul. Paderwskiego 7 (punkt przy ul. Paderwskiego)                                                                                                                                                                                                   |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| telefon/ telefony                                 | 22 775 26 94 wew. 1205                                                                                                                                                                                                                                                          |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data dodania do wykazu                            | 21.10.2020 r.                                                                                                                                                                                                                                                                   |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 6 *</b>           |                                                                                                                                                                                                                                                                                 | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:                                            | Hotel Palace w Modlinie - IZOLATORIUM typ II                                                                                                                                                                                                                                    |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |

|                                                   |                                             |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------|------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|-----------------------------------------|
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Modlin, ul. Boduena 2                       |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| telefon/ telefony                                 | 22 775 30 81 wew 211                        |                       |                                          | X<br>typ II |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data dodania do wykazu                            | 12.11.2020 r.                               |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                             |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 7 *</b>           |                                             | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:                                            | Hotel Royal w Modlinie - IZOLATORIUM typ II |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Modlin, ul. Szpitalna 93                    |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| telefon/ telefony                                 | 22 775 30 81 wew 211                        |                       |                                          | X<br>typ II |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data dodania do wykazu                            | 12.11.2020 r.                               |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                             |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |

|                                                    |                                                                                       |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|-----------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 74</b> | od 07.04.2020 r.                                                                      | <b>kategoria realizowanych świadczeń</b> |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| nazwa:                                             | Szpital Wolski im. dr Anny Gostyrskiej Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Warszawa 01-211, ul. Kasprzaka 17                                                     |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| telefon/ telefony:                                 | 22 389 47 00                                                                          |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| identyfikator REGON                                | 011035381                                                                             |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>            |                                                                                       | transport sanitarny**                    | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | 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                                                                          |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    | X                                   |              |                                         |
| Data dodania do wykazu                             | 07.04.2020 r.                                                                         |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                       |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2*</b>             |                                                                                       | transport sanitarny**                    | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:                                             | Szpital I poziomu zabezpieczenia                                                      |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Warszawa 01-211, ul. Kasprzaka 17                                                     |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| telefon/ telefony                                  | 22 389 49 00                                                                          |                                          | X                                        |             |            |                                     |                                    |                                     |              | I                                       |
| Data dodania do wykazu                             | 15.09.2020 r.                                                                         |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data wykreślenia z wykazu                          | 23.10.2020                                                                            |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3*</b>             |                                                                                       | transport sanitarny**                    | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | 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 75</b> | od 04.04.2020 r.                                    | <b>kategoria realizowanych świadczeń</b> |  |  |  |  |  |  |  |  |
| nazwa:                                             | Szpital Matki Bożej Nieustającej Pomocy w Wołominie |                                          |  |  |  |  |  |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Wołomin 05-200, ul. Gdyńska 1/3                     |                                          |  |  |  |  |  |  |  |  |
| telefon/ telefony:                                 | 22 763 31 00                                        |                                          |  |  |  |  |  |  |  |  |
| identyfikator REGON                                | 000310315                                           |                                          |  |  |  |  |  |  |  |  |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:                                            | SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                       |                                          |             |            |                                     |                                    | X                                   |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wołomin 05-200, ul. Gdyńska 1/3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 22 763 32 15                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 07.04.2020 r.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 *                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:                                            | PUNKT POBRAŃ<br>(do 14.09.2020 r.: pn-pt 11.00-13.00, sb-nd 8.00-10.00;<br>od 15.09.2020 r. do 19.10.2020 r.: pn-pt 11.00-15.10, sb-nd 8.00-12.10),<br>od 20.10.2020 r. do 26.10.2020 r.: pn 15.00-19.30, wt 11.00-15.30, śr 11.00-15.30, czw 15.00-19.30, pt 11.00-19.30, sb 8.00-12.30, nd 8.00-12.30<br>od 27.10.2020 r.: pn 15.00-19.30, wt 11.00-15.30, śr 11.00-15.30, czw 15.00-19.30, pt 11.00-15.30, sb 8.00-12.30, nd 8.00-12.30) |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     | S            |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wołomin 05-200, ul. Gdyńska 1/3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 22 76 33 294, 22 76 33 220, 22 76 33 292                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 11.05.2020 r.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 *                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | transport sanitarny** | leczenie                                 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:                                            | Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                       |                                          |             |            |                                     | X                                  |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 00-791, ul. Chocimska 24                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 04.04.2020 r.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 30.05.2020 r.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 4*                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | 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 | Wołomin 05-200, ul. Gdyńska 1/3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 22 763 32 15                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 15.09.2020 r.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 11.10.2020 r.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 5*                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:                                            | Szpital II poziomu zabezpieczenia                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                       | X                                        |             |            |                                     |                                    |                                     |              | II                               |
| 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.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 76       |                                                                  | kategoria realizowanych świadczeń |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| 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                                                        |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |                                                                  | transport sanitarny**             | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:                                            | IZBA PRZYJĘĆ                                                     |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    | X                                   |              |                                  |
| 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                         |                                                                  |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 *                  |                                                                  | transport sanitarny**             | leczenie                                 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:                                            | Narodowy Instytut Leków                                          |                                   |                                          |             |            |                                     | X                                  |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 00-725, ul. Chełmska 30/34                              |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 792 659 064                                                      |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 14.05.2020 r.                                                    |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 30.05.2020 r.                                                    |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 3*                   |                                                                  | transport sanitarny**             | leczenie                                 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:                                            | Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny |                                   |                                          |             |            |                                     | X                                  |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 00-791, ul. Chocimska 24                                |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 |                                                                  |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 14.04.2020 r.                                                    |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 30.05.2020 r.                                                    |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 4*                   |                                                                  | transport sanitarny**             | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | 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 | Węgrów 07-100, ul. Kościuszki 201                                |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 25 792 20 41                                                     |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 15.09.2020 r.                                                    |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                  |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 5*                   |                                                                  | transport sanitarny**             | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |

|                                                   |  |                                                                                      |  |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
|---------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------|------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 77       |  | od 16.04.2020 r.                                                                     |  | kategoria 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 | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:                                            |  | IZBA PRZYJĘĆ                                                                         |  |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    | X                                   |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |  | Płock 09-402, ul Tadeusza Kościuszki 28                                              |  |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 |  | 24 364 51 83                                                                         |  |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            |  | 16.04.2020 r.                                                                        |  |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                                                                                      |  |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 *                  |  |                                                                                      |  | transport sanitarny**             | leczenie                                 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:                                            |  | ALAB laboratoria Sp. z o.o., Medyczne Laboratorium Diagnostyczne, Pracownia Genetyki |  |                                   |                                          |             |            |                                     | X                                  |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu |  | Warszawa 00-739, ul. Stępińska 22/30                                                 |  |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 |  | 22 349 60 60                                                                         |  |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            |  | 11.05.2020 r.                                                                        |  |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  | 30.05.2020 r.                                                                        |  |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 3*                   |  |                                                                                      |  | transport sanitarny**             | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | 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 |  | Płock 09-402, ul Tadeusza Kościuszki 28                                              |  |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 |  | 24 364 51 83                                                                         |  |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            |  | 15.09.2020 r.                                                                        |  |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |  |                                                                                      |  |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 *                  |  |                                                                                      |  | transport sanitarny**             | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | 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 19.10.2020 r.: codziennie w godz. 9.00-11.00,<br>od 20.10.2020 r. do 22.10.2020 r.: pn 9.00-11.00, wt 15.00-17.00, śr 9.00-11.00, czw 15.00-17.00, pt 9.00-11.00, sb 9.00-11.00, nd 9.00-11.00,<br>od 23.10.2020 r. do 26.10.2020 r.: pn 9.00-11.00, wt 15.00-18.00, śr 9.00-11.00, czw 15.00-18.00, pt 9.00-11.00, sb 9.00-11.00, nd 9.00-11.00<br><b>od 27.10.2020 r.:</b> pn 9.00-11.00, wt 14.00-18.00, śr 9.00-11.00, czw 14.00-18.00, pt 9.00-11.00, sb 9.00-11.00, nd 9.00-11.00) |  |  |  |  |  |  |  | S |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Płock 09-402, ul. Kościuszki 28, (wjazd do Punktu Pobrań od bramy bocznej przy ul. Kościuszki 26)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |  |  |  |  |  |  |   |  |
| telefon/ telefony                                 | 24 364 51 10                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |  |  |  |  |  |   |  |
| Data dodania do wykazu                            | 01.10.2020                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |  |  |  |  |  |  |   |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |   |  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 78       |                                                                                                                                                                                                                                                                               | kategoria realizowanych świadczeń |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:                                            | od 07.04.2020 r.<br>Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej - Zespół Zakładów                                                                                                                                                                                          |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Maków Mazowiecki 06-200, ul. Witosa 2                                                                                                                                                                                                                                         |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony:                                | 25 714 23 01                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| identyfikator REGON                               | 000304591                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |                                                                                                                                                                                                                                                                               | transport sanitarny**             | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:                                            | SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY                                                                                                                                                                                                                                                   |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Maków Mazowiecki 06-200, ul. Witosa 2                                                                                                                                                                                                                                         |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 29 714 22 06                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    | X                                   |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 07.04.2020 r.                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 *                  |                                                                                                                                                                                                                                                                               | transport sanitarny**             | leczenie                                 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:                                            | Narodowy Instytut Leków                                                                                                                                                                                                                                                       |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 00-725, ul. Chełmska 30/34                                                                                                                                                                                                                                           |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 04.05.2020 r.                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 30.05.2020 r.                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                   |                                          |             |            |                                     | X                                  |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 *                  |                                                                                                                                                                                                                                                                               | transport sanitarny**             | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:                                            | PUNKT POBRAŃ<br>(do 08.09.2020 r.: codziennie w godz. 7.00-9.00;<br>od 09.09.2020 r. do 19.10.2020 r.: codziennie w godz. 7.00-12.00,<br><b>od 20.10.2020 r.:</b> pn 7.00-12.00, wt 15.00-20.00, śr 7.00-12.00, czw 15.00-20.00, pt 7.00-12.00, sb 7.00-12.00, nd 7.00-12.00) |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Maków Mazowiecki 06-200, ul. Witosa 2                                                                                                                                                                                                                                         |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     | S            |                                  |

|                                                   |                                       |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------|------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|-----------------------------------------|
| telefon/ telefony                                 | 29 71 42 215                          |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data dodania do wykazu                            | 06.05.2020 r.                         |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                       |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4*</b>            |                                       | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:                                            | Szpital I poziomu zabezpieczenia      |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Maków Mazowiecki 06-200, ul. Witosa 2 |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| telefon/ telefony                                 | 29 714 22 06                          |                       | X                                        |             |            |                                     |                                    |                                     |              | I                                       |
| Data dodania do wykazu                            | 15.09.2020 r.                         |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                       |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |

|                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
|----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|-----------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 79</b> | od 07.04.2020 r.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <b>kategoria 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 | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:                                             | SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Przasnysz 06-300, ul. Sadowa 9                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| telefon/ telefony                                  | 29 753 42 24                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    | X                                   |              |                                         |
| Data dodania do wykazu                             | 07.04.2020 r.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2 *</b>            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | transport sanitarny**                    | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:                                             | <b>PUNKT POBRAŃ</b><br>(do 18.05.2020 r.: codziennie w godz. 13.00-15.00;<br>od 19.05.2020 r. do 08.09.2020 r.: codziennie w godz. 8.00-11.00;<br>od 09.09.2020 r. do 19.10.2020 r. : codziennie w godz. 8.00-12.30,<br>od 20.10.2020 r. do 25.10.2020 r.: pn 8.00-12.30, wt 8.00-12.30, śr 8.00-12.30, czw 8.00-12.30, pt 15.00-19.30, sb 15.00-19.30, nd 8.00-12.30,<br>od 26.10.2020 r. do 17.11.2020 r.: pn 8.00-13.00, wt 8.00-13.00, śr 8.00-13.00, czw 8.00-13.00, pt 15.00-20.00, sb 15.00-20.00, nd 8.00-13.00<br>od 18.11.2020 r.: pn 8.00-13.00, wt 8.00-13.00, śr 8.00-13.00, czw 8.00-13.00, pr 14.00-19.00, sb 14.00-19.00, nd 8.00-13.00) |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| 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                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |



| Miejsce udzielania świadczeń 3 *                  |                                                                                      | transport sanitarny**             | leczenie                                 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:                                            | ALAB laboratoria sp. z o.o., Medyczne Laboratorium Diagnostyczne, Pracownia Genetyki |                                   |                                          |             |            |                                     | X                                  |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 00-739, ul. Stępińska 22/30                                                 |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 |                                                                                      |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 20.04.2020 r.                                                                        |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 30.05.2020 r.                                                                        |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 4*                   |                                                                                      | transport sanitarny**             | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | 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 | Przasnysz 06-300, ul. Sadowa 9                                                       |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 29 753 42 24                                                                         |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 15.09.2020 r.                                                                        |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 01.11.2020 r.                                                                        |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 5*                   |                                                                                      | transport sanitarny**             | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:                                            | Szpital II poziomu zabezpieczenia                                                    |                                   | 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 6*                   |                                                                                      | transport sanitarny**             | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:                                            | Szpital III poziomu zabezpieczenia - w zakresie psychiatrii                          |                                   | X                                        |             |            |                                     |                                    |                                     |              | III                              |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Przasnysz 06-300, ul. Sadowa 9                                                       |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 29 753 42 24                                                                         |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 02.11.2020 r.                                                                        |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                      |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
|                                                   |                                                                                      | kategoria realizowanych świadczeń |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 80       | od 09.04.2020 r.                                                                     |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| nazwa:                                            | Mazowiecki Szpital Bródnowski w Warszawie Sp. z o.o.                                 |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 03-242 , ul. Kondratowicza 8                                                |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony:                                | 22 326 53 15, 22 326 55 39                                                           |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| identyfikator REGON                               | 141983460                                                                            |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |                                                                                      | transport sanitarny**             | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:                                            | SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY                                                          |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    | X                                   |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 03-242 , ul. Kondratowicza 8                                                |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 22 326 53 15, 22 326 55 39                                                           |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 09.04.2020 r.                                                                        |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                      |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

| Miejsce udzielania świadczeń 2 *                  |                                                                                      | transport sanitarny** | leczenie                                 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:                                            | ALAB laboratoria sp. z o.o., Medyczne Laboratorium Diagnostyczne, Pracownia Genetyki |                       |                                          |             |            |                                     | X                                  |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 00-739, ul. Stępińska 22/30                                                 |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 665 787 346                                                                          |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 17.04.2020 r.                                                                        |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 30.05.2020 r.                                                                        |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 3*                   |                                                                                      | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:                                            | Szpital I poziomu zabezpieczenia                                                     |                       | X                                        |             |            |                                     |                                    |                                     |              | I                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 03-242, ul. Kondratowicza 8                                                 |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 22 326 53 15, 22 326 55 39                                                           |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 15.09.2020 r.                                                                        |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 12.10.2020                                                                           |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 4*                   |                                                                                      | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:                                            | Szpital II poziomu zabezpieczenia                                                    |                       | X                                        |             |            |                                     |                                    |                                     |              | II                               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 03-242, ul. Kondratowicza 8                                                 |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 22 326 53 15, 22 326 55 39                                                           |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 13.10.2020 r.                                                                        |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                      |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 81       | od 22.04.2020 r.                                                                            | kategoria 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 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:                                            | ŚWIADCZENIA STOMATOLOGICZNE W PODMIOCIE LECZNICZYM (dostępność codziennie 24 godz. na dobę) |                                   |          |             |            | X                                   |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-635, ul. Etiudy Rewolucyjnej 48                                                 |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 22 270 30 63; 22 270 30 61                                                                  |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 22.04.2020 r.                                                                               |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 31.05.2020 r.                                                                               |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 *                  |                                                                                             | transport sanitarny**             | leczenie | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:                                            | ŚWIADCZENIA STOMATOLOGICZNE W PODMIOCIE LECZNICZYM (dostępność codziennie 24 godz. na dobę) |                                   |          |             |            | X                                   |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Radom 26-600, ul. Królowej Jadwigi 23                                                       |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 48 670 04 13                                                                                |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 22.04.2020 r.                                                                               |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 31.05.2020 r.                                                                               |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

| Miejsce udzielania świadczeń 3 *                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | transport sanitarny** | leczenie                                 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:                                            | ŚWIADCZENIA STOMATOLOGICZNE W DENTOBUSIE (dostępność codziennie 24 godz. na dobę)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-635, ul. Etiudy Rewolucyjnej 48                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                       |                                          |             |            | X                                   |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 535 315 569                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 22.04.2020 r.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 14.09.2020 r.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 4 *                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:                                            | ŚWIADCZENIA STOMATOLOGICZNE W PODMIOCIE LECZNICZYM (dostępność codziennie 24 godz. na dobę)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-781, ul. Roentgena 46 lok U10                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                       |                                          |             |            | X                                   |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 22 270 30 63; 22 270 30 61                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 01.06.2020 r.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 5 *                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:                                            | ŚWIADCZENIA STOMATOLOGICZNE W PODMIOCIE LECZNICZYM (dostępność codziennie 24 godz. na dobę)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Radom 26-617, ul. Królewska 15a                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                       |                                          |             |            | X                                   |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 48 670 04 12                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 01.06.2020 r.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 6 *                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:                                            | PUNKT POBRAŃ<br>(do 13.09.2020 r.: codziennie w godz. 13.00-15.00;<br>od 14.09.2020 r. do 19.10.2020 r.: codziennie w godz. 8.00-14.00,<br>od 20.10.2020 r. do 22.11.2020 r.: pn 8.00-14.00, wt 15.00-19.00, śr 15.00-19.30, czw 8.00-14.00, pt 8.00-14.00, sb 8.00-14.00, nd 8.00-14.00<br>od 23.11.2020 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) |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     | S            |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Mława 06-500, ul. Kopernika 38 (teren Miejskiego Ośrodka Sportu i Rekreacji w Mławie)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | do 16.06.2020 r.: 574 189 349<br>od 17.06.2020 r. do 08.09.2020 r.: 41 246 00 11<br>od 09.09.2020 r.: 41 246 00 11, 226 020 997                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 01.06.2020 r.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

| Miejsce udzielania świadczeń 7 *                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:                                            | <b>PUNKT POBRAŃ</b><br>(do 16.07.2020 r.: codziennie w godz. 13.30-15.30, od 17.07.2020 r. do 13.09.2020 r.: codziennie w godz. 8.30-10.30, od 14.09.2020 r. do 19.10.2020 r.: codziennie w godz. 8.00-12.30, od 20.10.2020 r. do 22.11.2020 r.: pn 15.00-19.30, wt 15.00-19.30, śr 8.00-14.00, czw 8.00-14.00, pt 8.00-14.00, sb 8.00-14.00, nd 8.00-14.00<br>od 23.11.2020 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) |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     | S            |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Garwolin 08-400, ul. Staszica, róg Sportowej (parking)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | do 16.06.2020 r.: 574 219 369<br>od 17.06.2020 r. do 08.09.2020 r.: 41 246 00 11<br>od 09.09.2020 r.: 41 246 00 11, 226 020 997                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 01.06.2020 r.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 8 *                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:                                            | <b>PUNKT POBRAŃ</b><br>(do 16.06.2020 r.: codziennie w godz. 09.00-11.00, od 17.06.2020 r. do 13.09.2020 r.: codziennie w godz. 14.00.-16.00, od 14.09.2020 r. do 19.10.2020 r.: codziennie w godz. 8.00-14.00, od 20.10.2020 r. do 15.11.2020 r.: pn 8.00-14.00, wt 8.00-14.00, śr 13.30-19.30, czw 8.00-14.00, pt 8.00-14.00, sb 8.00-14.00, nd 13.30-19.30, od 16.11.2020 r. od godz. 8.00. - całodobowo)                                                                                 |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     | S            |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Płock 09-400, ul. Kobylińskiego 21 A                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | do 16.06.2020 r.: 574 189 349<br>od 17.06.2020 r. do 08.09.2020 r.: 41 246 00 11<br>od 09.09.2020 r.: 41 246 00 11, 226 020 997                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 01.06.2020 r.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 9 *                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |

|                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:                                            | <b>PUNKT POBRAŃ</b><br>(do 16.06.2020 r.: codziennie w godz. 09.00-11.00, od 17.06.2020 r. do 13.09.2020 r.: codziennie w godz. 09.30-11.30,<br>od 14.09.2020 r. do 19.10.2020 r.: codziennie w godz. 8.00-14.00,<br>od 20.10.2020 r. do 12.11.2020 r.: pn 15.00-19.30, wt 15.00-19.30, śr 8.00-14.00, czw 8.00-14.00, pt 8.00-14.00, sb 8.00-14.00, nd 8.00-14.00,<br>od 13.11.2020 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) |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     | S            |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ostrołęka 07-400, ul. Goworowska 49                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | do 16.06.2020 r.: 574 219 369<br>od 17.06.2020 r. do 08.09.2020 r.: 41 246 00 11<br>od 09.09.2020 r.: 41 246 00 11, 226 020 997                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 01.06.2020 r.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 10 *</b>          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | 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 13.09.2020 r.: codziennie w godz. 8.00-10.00, od 14.09.2020 r. do 19.10.2020 r.: codziennie w godz. 8.00-12.30,<br>od 20.10.2020 r. do 22.11.2020 r.: pn 15.00-19.30, wt 15.00-19.30, śr 8.00-12.30, czw 8.00-12.30, pt 8.00-12.30, sb 8.00-12.30, nd 8.00-12.30<br>od 23.11.2020 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)                                                                         |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     | S            |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gostynin, 09-500, ul. Sportowa 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | do 08.09.2020 r.: 41 246 00 11<br>od 09.09.2020 r.: 41 246 00 11, 226 020 997                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 15.06.2020 r.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 11 *</b>          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | 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 13.09.2020 r.: codziennie w godz. 14.30-16.30, od 14.09.2020 r. do 19.10.2020 r.: codziennie w godz. 12.45-17.15,<br>od 20.10.2020 r. do 22.11.2020 r.: pn 9.00-13.30, wt 9.00-13.30, śr 15.00-19.30, czw 15.00-19.30, pt 9.00-13.30, sb 9.00-13.30, nd 9.00-13.30<br>od 23.11.2020 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)                                                                       |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     | S            |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Mińsk Mazowiecki 05-300, ul. Kościelna 1 - do 05.11.2020 r.;<br>Mińsk Mazowiecki 05-300, ul. Wyszyńskiego 30a - od 06.11.2020 r.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

|                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|-----------------------------------------|
| telefon/ telefony                                 | do 08.09.2020 r.: 41 246 00 11<br>od 09.09.2020 r.: 41 246 00 11, 226 020 997                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data dodania do wykazu                            | 15.06.2020 r.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 12 *</b>          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | 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 13.09.2020 r.: codziennie w godz. 11.30-13.30, od 14.09.2020 r. do 19.10.2020 r.: codziennie w godz. 13.00-17.30,<br>od 20.10.2020 r. do 22.11.2020 r.: pn 8.00-12.30, wt 8.00-12.30, śr 8.00-12.30, czw 15.00-19.30, pt 15.00-19.30, sb 8.00-12.30, nd 8.00-12.30<br>od 23.11.2020 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) |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     | S            |                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Sierpc 09-200, ul. Piastowska 11                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| telefon/ telefony                                 | do 08.09.2020 r.: 41 246 00 11<br>od 09.09.2020 r.: 41 246 00 11, 226 020 997                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data dodania do wykazu                            | 15.06.2020 r.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 13 *</b>          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | 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 13.09.2020 r.: codziennie w godz. 11.45-13.45, od 14.09.2020 r. do 19.10.2020 r.: codziennie w godz. 8.00-12.30, od 20.10.2020 r. do 22.11.2020 r.: pn 8.00-12.30, wt 8.00-12.30, śr 8.00-12.30, czw 15.00-19.30, pt 15.00-19.30, sb 8.00-12.30, nd 8.00-12.30<br>od 23.11.2020 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)     |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     | S            |                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Węgrów 07-100, ul. Kościuszki 27A                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| telefon/ telefony                                 | do 08.09.2020 r.: 41 246 00 11<br>od 09.09.2020 r.: 41 246 00 11, 226 020 997                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data dodania do wykazu                            | 15.06.2020 r.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 14 *</b>          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | 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>(dnia 17.10.2020 r. w godz. 8.00-12.00,<br>od 18.10.2020 r. do 18.11.2020 r.: codziennie 8.00-14.00,<br>od 19.11.2020 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)                                                                                                                                                                   |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     | S            |                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Przysucha 26-400, ul. Radomska 29 (Stadion Miejski)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| telefon/ telefony                                 | 226 020 997                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data dodania do wykazu                            | 17.10.2020 r.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |

|                                                   |                                                                                                                                                                                                          |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
|---------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|-----------------------------------------|
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                                                                                                          |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 15 *</b>          |                                                                                                                                                                                                          | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:                                            | <b>PUNKT POBRAŃ</b><br>(do 18.11.2020 r.: codziennie w godz. 8.00-14.00<br>od 19.11.2020 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) |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     | S            |                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Pułtusk 06-100, ul. Śniegockiego 3 (naprzeciw MOSIR)                                                                                                                                                     |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| telefon/ telefony                                 | 226 020 997                                                                                                                                                                                              |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data dodania do wykazu                            | 17.10.2020 r.                                                                                                                                                                                            |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                                                                                                          |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 16 *</b>          |                                                                                                                                                                                                          | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | 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 22.11.2020 r.: codziennie w godz. 8.00-14.00<br>od 23.11.2020 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) |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     | S            |                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Piaseczno 05-500, ul. Chyliczkowska 14                                                                                                                                                                   |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| telefon/ telefony                                 | 226 020 997                                                                                                                                                                                              |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data dodania do wykazu                            | 19.10.2020 r.                                                                                                                                                                                            |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                                                                                                          |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 17 *</b>          |                                                                                                                                                                                                          | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | 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 15.11.2020 r.: codziennie w godz. 12.00-18.00,<br>od 16.11.2020 r. od godz. 8.00 - całodobowo)                                                                                |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     | S            |                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Radom 26-600, ul. Beliny Prażmowskiego 33s - do 15.11.2020 r.<br>Radom 26-600, ul. Beliny Prażmowskiego 17 - od 16.11.2020 r.                                                                            |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| telefon/ telefony                                 | 412 460 011,<br>412 460 011, 226 020 997 - od 16.11.2020 r.                                                                                                                                              |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data dodania do wykazu                            | 21.10.2020 r.                                                                                                                                                                                            |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                                                                                                          |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 18 *</b>          |                                                                                                                                                                                                          | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:                                            | <b>PUNKT POBRAŃ</b> (codziennie w godz. 11.00-17.00)                                                                                                                                                     |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     | S            |                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Radom 26-600, ul. Królewska 15a                                                                                                                                                                          |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| telefon/ telefony                                 | 412 460 011                                                                                                                                                                                              |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data dodania do wykazu                            | 22.10.2020 r.                                                                                                                                                                                            |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 15.11.2020 r.                                                                                                                                                                                            |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 19 *</b>          |                                                                                                                                                                                                          | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |

|                                                   |                                                                                                                                                                                                   |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|--|
| nazwa:                                            | PUNKT POBRAŃ<br>(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)                                                                      |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              | 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                         |                                                                                                                                                                                                   |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 20 *                 |                                                                                                                                                                                                   | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |  |
| nazwa:                                            | PUNKT POBRAŃ<br>(do 22.11.2020 r.: codziennie w godz. 8.00-12.30<br>od 23.11.2020 r.: pn 8.00-14.00, wt 14.00-20.00, śr 8.00-14.00, czw 14.00-20.00, pt 8.00-14.00, sb 8.00-14.00, nd 8.00-14.00) |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              | S                                |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Pułtusk 06-100, ul. Białowiejska 5                                                                                                                                                                |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |
| telefon/ telefony                                 | 226 020 997                                                                                                                                                                                       |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |
| Data dodania do wykazu                            | 02.11.2020 r.                                                                                                                                                                                     |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                                                                                                   |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 21 *                 |                                                                                                                                                                                                   | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |  |
| nazwa:                                            | PUNKT POBRAŃ<br>(do 22.11.2020 r.: codziennie w godz. 8.00-12.30<br>od 23.11.2020 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)  |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              | S                                |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Legionowo 05-120, ul. Jana III Sobieskiego 33 ( przy zbiegu ulic Jana III Sobieskiego i Jerzego Siwińskiego)                                                                                      |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |
| telefon/ telefony                                 | 226 020 997                                                                                                                                                                                       |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |
| Data dodania do wykazu                            | 02.11.2020 r.                                                                                                                                                                                     |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                                                                                                   |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 22 *                 |                                                                                                                                                                                                   | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |  |
| nazwa:                                            | PUNKT POBRAŃ<br>(do 22.11.2020 r.: codziennie w godz. 8.00-12.30<br>od 23.11.2020 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) |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              | S                                |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Żyrardów 96-300, ul. Rotmistrza Witolda Pileckiego 25/27                                                                                                                                          |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |
| telefon/ telefony                                 | 226 020 997                                                                                                                                                                                       |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |
| Data dodania do wykazu                            | 02.11.2020 r.                                                                                                                                                                                     |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                                                                                                   |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 23 *                 |                                                                                                                                                                                                   | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | 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 22.11.2020 r.: codziennie w godz. 8.00-12.30<br>od 23.11.2020 r.: pn 8.00-14.00, wt 14.00-20.00, śr 8.00-14.00,<br>czw 8.00-14.00, pt 14.00-20.00, sb 8.00-14.00, nd 8.00-14.00)                                                                           |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Grójec 05-600, ul. Drogowców 12 (przy basenie miejskim) - do 05.11.2020 r.,<br>Grójec 05-600, ul. Piotra Skargi 12 - od 07.11.2020 r.                                                                                                                                                 |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     | S            |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 226 020 997                                                                                                                                                                                                                                                                           |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 03.11.2020 r.                                                                                                                                                                                                                                                                         |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 24 *</b>          |                                                                                                                                                                                                                                                                                       | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:                                            | <b>PUNKT POBRAŃ</b><br>(do 22.11.2020 r.: pn 14.00-20.00, wt 8.00-12.30, śr 8.00-12.30, czw 8.00-12.30, pt 14.00-20.00, sb 8.00-12.30, nd 8.00-12.30<br>od 23.11.2020 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)  |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     | 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 25 *</b>          |                                                                                                                                                                                                                                                                                       | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:                                            | <b>PUNKT POBRAŃ</b><br>(codziennie w godz: 8.00-20.00)                                                                                                                                                                                                                                |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 03-738, ul. Kijowska 2a                                                                                                                                                                                                                                                      |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     | S            |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 226 020 997                                                                                                                                                                                                                                                                           |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 05.11.2020 r.                                                                                                                                                                                                                                                                         |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 26 *</b>          |                                                                                                                                                                                                                                                                                       | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:                                            | <b>PUNKT POBRAŃ</b><br>(do 22.11.2020 r.: pn 8.00-14.00, wt 8.00-14.00, śr 13.30-19.30, czw 8.00-14.00, pt 8.00-14.00, sb 8.00-14.00, nd 13.30-19.30<br>od 23.11.2020 r.: pn 8.00-14.00, wt 8.00-14.00, śr 14.00-20.00, czw 8.00-14.00, pt 8.00-14.00, sb 8.00-14.00, nd 14.00-20.00) |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     | S            |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Płock 09-400, Plac Celebry Papieskiej 1 (przy Hali Orlen Arena)                                                                                                                                                                                                                       |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 226 020 997                                                                                                                                                                                                                                                                           |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 09.11.2020 r.                                                                                                                                                                                                                                                                         |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

| Miejsce udzielania świadczeń 27 *                 |                                                                                                                                                  | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:                                            | <b>PUNKT POBRAŃ</b><br>(od 16.11.2020 od godz. 8.00 - całodobowo)                                                                                |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-806, ul. Puławska 387 - do 16.11.2020 r. do godz. 20.00.,<br>Warszawa 02-781, ul. Roentgena 46/10 - od 16.11.2020 r. od godz. 20.00. |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     | <b>S</b>     |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 226 020 997                                                                                                                                      |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 16.11.2020 r.                                                                                                                                    |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                                                  |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

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

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 83       | od 09.04.2020 r.                                                                 | kategoria realizowanych świadczeń |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
|---------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:                                            | Mazowieckie Centrum Rehabilitacji Stocer Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Konstancin-Jeziorna 05-510, ul. Wierzejewskiego 12                               |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony:                                | 22 711 90 00                                                                     |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| identyfikator REGON                               | 142013120                                                                        |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |                                                                                  | transport sanitarny**             | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | 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 | Konstancin-Jeziorna 05-510, ul. Wierzejewskiego 12                               |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 22 711 90 25                                                                     |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 09.04.2020 r.                                                                    |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                  |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 2*                   |                                                                                  | transport sanitarny**             | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | 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 | Konstancin Jeziorna 05-510, ul. Wierzejewskiego 12                               |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 22 711 90 00                                                                     |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 15.09.2020 r.                                                                    |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

|                                                   |                                    |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
|---------------------------------------------------|------------------------------------|-----------------------|------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|-----------------------------------------|
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                    |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3*</b>            |                                    | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:                                            | Szpital I poziomu zabezpieczenia   |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Pruszków 05-800, ul. Warsztatowa 1 |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| telefon/ telefony                                 | 22 770 94 98                       |                       | X                                        |             |            |                                     |                                    |                                     |              | I                                       |
| Data dodania do wykazu                            | 15.09.2020 r.                      |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 22.10.2020 r.                      |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4*</b>            |                                    | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:                                            | Szpital I poziomu zabezpieczenia   |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-315, ul. Barska 16/20  |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| telefon/ telefony                                 | 22 82 22 535                       |                       | X                                        |             |            |                                     |                                    |                                     |              | I                                       |
| Data dodania do wykazu                            | 15.09.2020 r.                      |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 11.11.2020 r.                      |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 5*</b>            |                                    | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | 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 | Pruszków 05-800, ul. Warsztatowa 1 |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| telefon/ telefony                                 | 22 770 94 98                       |                       | X                                        |             |            |                                     |                                    |                                     |              | II                                      |
| Data dodania do wykazu                            | 23.10.2020 r.                      |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                    |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 6*</b>            |                                    | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:                                            | Szpital II poziomu zabezpieczenia  |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-315, ul. Barska 16/20  |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| telefon/ telefony                                 | 22 82 22 535                       |                       | X                                        |             |            |                                     |                                    |                                     |              | II                                      |
| Data dodania do wykazu                            | 12.11.2020 r.                      |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                    |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |

|                                                    |                                                                  |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|-----------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 84</b> | od 12.04.2020 r.                                                 | <b>kategoria realizowanych świadczeń</b> |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| nazwa:                                             | Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Lipsku |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Lipko 27-300, ul. Jędrzeja Śniadeckiego 2                        |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| telefon/ telefony:                                 | 48 378 36 00                                                     |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| identyfikator REGON                                | 670997773                                                        |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>            |                                                                  | transport sanitarny**                    | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | 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  | Lipko 27-300, ul. Jędrzeja Śniadeckiego 2                        |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    | X                                   |              |                                         |
| telefon/ telefony                                  | 48 378 35 37                                                     |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data dodania do wykazu                             | 12.04.2020 r.                                                    |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                  |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |

| Miejsce udzielania świadczeń 2*                   |                                                                                                                                                                                                        | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:                                            | Szpital I poziomu zabezpieczenia                                                                                                                                                                       |                       | X                                        |             |            |                                     |                                    |                                     |              | I                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lipisko 27-300, ul. Jędrzeja Śniadeckiego 2                                                                                                                                                            |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 48 378 35 37                                                                                                                                                                                           |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 15.09.2020 r.                                                                                                                                                                                          |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 08.11.2020 r.                                                                                                                                                                                          |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 3*                   |                                                                                                                                                                                                        | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | 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 19.10.2020 r.: codziennie w godz. 7.00-11.30, od 20.10.2020 r.: pn 7.00-12.00, wt 15.00-20.00, śr 7.00-12.00, czw 15.00-20.00, pt 7.00-12.00, sb 7.00-12.00, nd 7.00-12.00) |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     | S            |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Lipisko 27-300, ul. Jędrzeja Śniadeckiego 2                                                                                                                                                            |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 48 378 35 42                                                                                                                                                                                           |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 21.09.2020 r.                                                                                                                                                                                          |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                                                                                                        |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 4*                   |                                                                                                                                                                                                        | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | 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 | Lipisko 27-300, ul. Jędrzeja Śniadeckiego 2                                                                                                                                                            |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 48 378 35 37                                                                                                                                                                                           |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 09.11.2020 r.                                                                                                                                                                                          |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                                                                                                        |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 85       | od 07.04.2020 r.                                | kategoria realizowanych świadczeń |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:                                            | Mazowieckie Centrum Neuropsychiatrii Sp. z o.o. |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wiązowna 05-462, Zagórze                        |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony:                                | 22 468 24 00                                    |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| identyfikator REGON                               | 142011670                                       |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |                                                 | transport sanitarny**             | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | 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 | Józefów, ul. 3-go Maja 127                      |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 22 468 25 96                                    |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 07.04.2020 r.                                   |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                 |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 86       | od 14.04.2020 r.                                                   | kategoria realizowanych świadczeń |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 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                                                          |                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:                                            | IZBA PRZYJĘĆ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                       |                                          |             |            |                                     |                                    | X                                   |              |                                  |
| 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                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 *                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | transport sanitarny** | leczenie                                 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:                                            | Centrum Medyczne MedGen                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                       |                                          |             |            |                                     | X                                  |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-954, ul. Wiktorii Wiedeńskiej 9A                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 27.04.2020 r.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 30.05.2020 r.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 3*                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:                                            | Szpital I poziomu zabezpieczenia                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                       | X                                        |             |            |                                     |                                    |                                     |              | I                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | 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                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 4*                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:                                            | PUNKT POBRAŃ<br>(do 19.10.2020 r.: pon-pt w godz. 10.00-14.30, sb-nd w godz. 8.00-12.30,<br>od 20.10.2020 r. do 27.10.2020 r.: pn 10.00-14.30, wt 12.00-16.30, śr 10.00-14.30, czw 10.00-14.30, pt 12.00-16.30, sb 8.00-12.30, nd 8.00-12.30,<br>od 28.10.2020 r.: pn 10.00-14.00, wt 12.00-16.00, śr 10.00-14.00, czw 10.00-14.00, pt 12.00-16.00, sb 8.00-12.00, nd 8.00-12.00) |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     | S            |                                  |
| 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                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

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

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

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 88       | od 21.04.2020 r.                                      | kategoria realizowanych świadczeń |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:                                            | Szpital Solec Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 00-382, ul. Solec 93                         |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony:                                | 22 250 62 48                                          |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| identyfikator REGON                               | 142628955                                             |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |                                                       | transport sanitarny**             | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:                                            | SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY                           |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    | X                                   |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 00-382, ul. Solec 93                         |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| 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 | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:                                            | Szpital I poziomu zabezpieczenia                      |                                   | X                                        |             |            |                                     |                                    |                                     |              | I                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 00-382, ul. Solec 93                         |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| 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 | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:                                            | <b>PUNKT POBRAŃ</b><br>(do 18.10.2020 r.: pn-pt w godz. 10.30-15.00, sb-nd w godz. 8.00-12.30,<br>od 19.10.2020 r. do 26.10.2020 r.: pn 15.00-20.00, wt 10.00-15.00, śr 10.00-15.00, czw 10.00-15.00, pt 15.00-20.00, sb 8.00-13.00, nd 8.00-13.00,<br><b>od 27.10.2020 r.:</b> pn 15.00-20.00, wt 10.00-20.00, śr 10.00-20.00, czw 10.00-20.00, pt 15.00-20.00, sb 8.00-13.00, nd 8.00-13.00) |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     | S            |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 00-382, ul. Solec 93 (brama wjazdowa od ul. Kruczkowskiego)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 662 455 311, 660 766 477                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 15.10.2020 r.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 89       | od 07.04.2020 r.                                                                                                   | kategoria 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 | teleporada | 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 | 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 90       | od 08.04.2020 r.                                        | kategoria realizowanych świadczeń |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:                                            | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Mławie |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Mława 06-500, ul. Anny Dobrskiej 1                      |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony:                                | 23 654 32 35                                            |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| identyfikator REGON                               | 000302474                                               |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |                                                         | transport sanitarny**             | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:                                            | <b>SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY</b>                      |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Mława 06-500, ul. Anny Dobrskiej 1                      |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 23 654 32 35 wew. 200                                   |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    | X                                   |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 08.04.2020 r.                                           |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                         |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

| Miejsce udzielania świadczeń 2*                   |                                    | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | 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 | Mława 06-500, ul. Anny Dobrskiej 1 |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 23 654 32 35 wew. 200              |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 15.09.2020 r.                      |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 01.11.2020 r.                      |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 3*                   |                                    | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | 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 | Mława 06-500, ul. Anny Dobrskiej 1 |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 23 654 32 35 wew. 200              |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 02.11.2020 r.                      |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                    |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 91       | od 11.05.2020 r.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | kategoria realizowanych świadczeń |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:                                            | Szpital św. Anny w Piasecznie, EMC Piaseczno sp. z o.o.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Piaseczno 05-500, ul. Mickiewicza 39                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony:                                | 22 735 41 00                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| identyfikator REGON                               | 142776420                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | transport sanitarny**             | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:                                            | <b>PUNKT POBRAŃ</b><br>(do 30.09.2020 r.: codziennie w godz. 10.00-12.00, od 01.10.2020 r. do 18.10.2020 r.: codziennie w godz. 9.00-13.30, <b>od 19.10.2020 r. do 21.10.2020 r.:</b> pn 15.00-19.30, wt 9.00-13.30, śr 9.00-13.30, czw 15.00-19.30, pt 9.00-13.30, sb 9.00-13.30, nd 9.00-13.30, <b>od 22.10.2020 r.:</b> pn 11.00-19.00, wt 11.00-19.00, śr 11.00-19.00, czw 11.00-19.00, pt 11.00-19.00, sb 8.00-12.00, nd 8.00-12.00) |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     | S            |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Piaseczno 05-500, ul. Mickiewicza 39                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | do 30.06.2020 r.: 661 300 329;<br>od 01.07.2020 r.: 22 735 41 00                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 11.05.2020 r.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 2*                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | transport sanitarny**             | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:                                            | Szpital I poziomu zabezpieczenia                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                   | X                                        |             |            |                                     |                                    |                                     |              | I                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Piaseczno 05-500, ul. Mickiewicza 39                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 22 735 41 00                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 15.09.2020 r.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 04.11.2020 r.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |



| Miejsce udzielania świadczeń 3*                   |                                      | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | 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 | Piaseczno 05-500, ul. Mickiewicza 39 |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 22 735 41 00                         |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 05.11.2020 r.                        |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                      |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 92       | od 20.04.2020 r.                                        | kategoria realizowanych świadczeń |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| 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                                               |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |                                                         | transport sanitarny**             | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:                                            | IZBA PRZYJĘĆ                                            |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    | X                                   |              |                                  |
| 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                         |                                                         |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 2*                   |                                                         | transport sanitarny**             | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:                                            | Szpital I poziomu zabezpieczenia                        |                                   | X                                        |             |            |                                     |                                    |                                     |              | I                                |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Przysucha 26-400, ul. Partyzantów 8                     |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 48 383 35 05                                            |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 15.09.2020 r.                                           |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 06.10.2020 r.                                           |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 3*                   |                                                         | transport sanitarny**             | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:                                            | Szpital II poziomu zabezpieczenia                       |                                   | X                                        |             |            |                                     |                                    |                                     |              | II                               |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Przysucha 26-400, ul. Partyzantów 8                     |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 48 383 35 05                                            |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 07.10.2020 r.                                           |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                         |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 93       | od 21.04.2020                                     | kategoria realizowanych świadczeń |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-----------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| 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                                         |                                   |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |                                                   | transport sanitarny**             | leczenie | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |

|                                                   |                                                                                                                                                                                         |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |
|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|--|
| nazwa:                                            | ALAB laboratoria sp. z o.o., Medyczne Laboratorium Diagnostyczne, Pracownia Genetyki                                                                                                    |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 00-739, ul. Stępińska 22/30                                                                                                                                                    |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |
| telefon/ telefony                                 | 513 017 783                                                                                                                                                                             |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |
| Data dodania do wykazu                            | 21.04.2020 r.                                                                                                                                                                           |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 30.05.2020 r.                                                                                                                                                                           |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 2*                   |                                                                                                                                                                                         | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |  |
| nazwa:                                            | Szpital I poziomu zabezpieczenia                                                                                                                                                        |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nowe Miasto nad Pilicą 26-420, ul. Tomaszowska 43                                                                                                                                       |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |
| telefon/ telefony                                 | 48 674 38 00                                                                                                                                                                            |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |
| Data dodania do wykazu                            | 15.09.2020 r.                                                                                                                                                                           |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 04.11.2020 r.                                                                                                                                                                           |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 *                  |                                                                                                                                                                                         | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |  |
| nazwa:                                            | PUNKT POBRAŃ<br>(do 19.10.2020 r.:codzienie w godz. 7.15-9.15, od 20.10.2020 r.: pn 7.15-9.15, wt 16.45-18.45, śr 7.15-9.15, czw 7.15-9.15, pt 16.45-18.45, sb 7.15-9.15, nd 7.15-9.15) |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nowe Miasto nad Pilicą 26-420, ul. Tomaszowska 43                                                                                                                                       |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |
| telefon/ telefony                                 | 576 077 099                                                                                                                                                                             |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |
| Data dodania do wykazu                            | 28.09.2020 r.                                                                                                                                                                           |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                                                                                         |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 4*                   |                                                                                                                                                                                         | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |  |
| nazwa:                                            | Szpital II poziomu zabezpieczenia                                                                                                                                                       |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Nowe Miasto nad Pilicą 26-420, ul. Tomaszowska 43                                                                                                                                       |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |
| telefon/ telefony                                 | 48 674 38 00                                                                                                                                                                            |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |
| Data dodania do wykazu                            | 05.11.2020 r.                                                                                                                                                                           |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                                                                                         |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |

|                                                   |                                                                  |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |
|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|--|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 94       | od 13.05.2020 r.                                                 | kategoria realizowanych świadczeń |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |
| nazwa:                                            | Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 00-791, ul. Chocimska 24                                |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |
| telefon/ telefony:                                | 22 542 14 00                                                     |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |
| identyfikator REGON                               | 000288461                                                        |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |                                                                  | transport sanitarny**             | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |  |

|                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|-----------------------------------------|
| nazwa:                                            | <b>PUNKT POBRAŃ</b><br>(do 30.09.2020 r.: codziennie w godz. 8.00-12.00, od 01.10.2020 r. do 18.10.2020 r.: codziennie w godz. 8.00-13.00, od 19.10.2020 r. do 26.10.2020 r.: pn 12.00-17.00, wt 9.00-14.00, śr 12.00-17.00, czw 9.00-14.00, pt 9.00-14.00, sb 9.00-14.00, nd 9.00-14.00,<br><b>od 27.10.2020 r.:</b> codziennie w godz. 9.00-15.00) |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     | S            |                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-903, ul. Powsińska 61/63                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| telefon/ telefony                                 | 22 55 09 692                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data dodania do wykazu                            | 13.05.2020 r.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2 *</b>           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:                                            | <b>PUNKT POBRAŃ</b><br>(codziennie w godz. 15.00-21.00)                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     | S            |                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | ul. Powsińska 61/63, 02-903 Warszawa (II punkt)                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| telefon/ telefony                                 | 22 55 09 692                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data dodania do wykazu                            | 15.10.2020 r.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |

|                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|-----------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 95</b> | od 18.05.2020 r.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <b>kategoria realizowanych świadczeń</b> |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | transport sanitarny**                    | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:                                             | <b>PUNKT POBRAŃ</b><br>(do 30.06.2020 r.: codziennie w godz. 10.00-12.00, <b>od 01.07.2020 r. do 04.10.2020 r.:</b> pn-pt w godz. 13:00-15:00, sb-nd w godz. 10:00-12:00, <b>od 05.10.2020 r. do 06.11.2020 r.:</b> pn-pt w godz. 8.00-10.00, sb-nd w godz. 10.00-12.00, <b>od 07.11.2020 r.:</b> codziennie w godz.: 8.00-12.00) |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     | S            |                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Aleja Komisji Edukacji Narodowej 61, 02-777 Warszawa (parking Urzędu Dzielnicy Ursynów)                                                                                                                                                                                                                                           |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| telefon/ telefony                                  | 663 697 977                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data dodania do wykazu                             | 18.05.2020 r.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2*</b>             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | transport sanitarny**                    | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:                                             | <b>PUNKT POBRAŃ</b> (codziennie w godz. 8.00-10.00)                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     | S            |                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Białobrzegi 26-800, ul. Spacerowa 29                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| telefon/ telefony                                  | 663 697 977                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |

|                                                   |                                                                                                                           |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|-----------------------------------------|
| Data dodania do wykazu                            | 20.10.2020 r.                                                                                                             |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                           |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3*</b>            |                                                                                                                           | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:                                            | <b>PUNKT POBRAŃ</b><br>(do 03.11.2020 r.: codziennie w godz. 8.00-12.00, od 04.11.2020 r.: codziennie w godz. 8.00-10.00) |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Radom 26-600, al. J. Grzeczmarowski 28 (M1 Centrum Handlowe)                                                              |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     | S            |                                         |
| telefon/ telefony                                 | 663 697 977                                                                                                               |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data dodania do wykazu                            | 26.10.2020 r.                                                                                                             |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                           |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |

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

|                                                    |                                               |                                          |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------|------------------------------------------|----------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|-----------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 97</b> | od 27.04.2020 r.                              | <b>kategoria realizowanych świadczeń</b> |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| 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                                     |                                          |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>            |                                               | transport sanitarny**                    | leczenie | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:                                             | Centrum Medyczne MedGen                       |                                          |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Warszawa 02-954, ul. Wiktorii Wiedeńskiej 9A  |                                          |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| telefon/ telefony                                  | 22 213 94 40                                  |                                          |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data dodania do wykazu                             | 27.04.2020 r.                                 |                                          |          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |

|                                                   |                                  |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
|---------------------------------------------------|----------------------------------|-----------------------|------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|-----------------------------------------|
| Data wykreślenia z wykazu                         | 30.05.2020 r.                    |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2*</b>            |                                  | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:                                            | Szpital I poziomu zabezpieczenia |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Otwock 05-400, ul. Borowa 14/18  |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| telefon/ telefony                                 | 22 710 33 30                     |                       | X                                        |             |            |                                     |                                    |                                     |              | I                                       |
| Data dodania do wykazu                            | 15.09.2020 r.                    |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                  |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |

|                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|-----------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 98</b> | od 15.06.2020 r.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <b>kategoria realizowanych świadczeń</b> |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | transport sanitarny**                    | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:                                             | <b>PUNKT POBRAŃ</b><br>(do 08.09.2020 r.: codziennie w godz. 10.00-12.00; od 09.09.2020 r. do 19.10.2020 r.: codziennie w godz. 10.20.-14.30, od 20.10.2020 r. do 26.10.2020 r.: pn 10.00-14.30, wt 15.00-19.30, śr 10.00-14.30, czw 15.00-19.30, pt 10.00-14.30, sb 10.00-14.30, nd 10.00-14.30<br><b>od 27.10.2020 r.:</b> pn 10.00-14.00, wt 10.00-14.00, 15.00-19.00, śr 10.00-14.00, czw 10.00-14.00, 15.00-19.00, pt 10.00-14.00, sb 7.00-19.00, nd 7.00-19.00) |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     | S            |                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Płońsk, 09-100, ul. H. Sienkiewicza 7                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| telefon/ telefony                                  | 570 804 607                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data dodania do wykazu                             | 15.06.2020 r.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2*</b>             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | transport sanitarny**                    | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | 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  | Płońsk, 09-100, ul. H. Sienkiewicza 7                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| telefon/ telefony                                  | 570 804 607                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                          | X                                        |             |            |                                     |                                    |                                     |              | I                                       |
| Data dodania do wykazu                             | 15.09.2020 r.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data wykreślenia z wykazu                          | 16.11.2020 r.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 3*</b>             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | transport sanitarny**                    | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | 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  | Płońsk, 09-100, ul. H. Sienkiewicza 7                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| telefon/ telefony                                  | 570 804 607                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                          | X                                        |             |            |                                     |                                    |                                     |              | II                                      |
| Data dodania do wykazu                             | 17.11.2020 r.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |

|                                                    |                  |                                          |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----------------------------------------------------|------------------|------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 99</b> | od 15.09.2020 r. | <b>kategoria realizowanych świadczeń</b> |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----------------------------------------------------|------------------|------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|

|                                                   |                                          |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
|---------------------------------------------------|------------------------------------------|-----------------------|------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|-----------------------------------------|
| nazwa:                                            | ARION Med. Sp. z o.o. Szpital w Gorzewie |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 04-854, ul. Kazimierza Króla    |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| telefon/ telefony:                                | 24 236 09 00                             |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| identyfikator REGON                               | 060690742                                |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1*</b>            |                                          | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:                                            | Szpital I poziomu zabezpieczenia         |                       | X                                        |             |            |                                     |                                    |                                     |              | I                                       |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gorzewo 09-500, ul. Kruk 5               |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| telefon/ telefony                                 | 24 236 09 00                             |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data dodania do wykazu                            | 15.09.2020 r.                            |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data wykreślenia z wykazu                         | 25.10.2020 r.                            |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2*</b>            |                                          | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:                                            | Szpital II poziomu zabezpieczenia        |                       | X                                        |             |            |                                     |                                    |                                     |              | II                                      |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Gorzewo 09-500, ul. Kruk 5               |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| telefon/ telefony                                 | 24 236 09 00                             |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data dodania do wykazu                            | 26.10.2020 r.                            |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                          |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |

|                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|-----------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 100</b> | od 01.10.2020 r.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <b>kategoria realizowanych świadczeń</b> |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| nazwa:                                              | Samodzielny Zespół Publicznych Zakładów Lecznictwa Otwartego Warszawa Wesoła                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Warszawa 05-075, ul. Kilińskiego 48                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| telefon/ telefony:                                  | 22 773 74 50                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| identyfikator REGON                                 | 011337194                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | transport sanitarny**                    | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:                                              | <b>PUNKT POBRAŃ</b><br>(do 19.10.2020 r.: codziennie w godz. 9.00-13.30, od 20.10.2020 r. do 25.10.2020 r.: pn 9.00-13.30, wt 15.00-19.30, śr 9.00-13.30, czw 15.00-19.30, pt 9.00-13.30, sb 9.00-13.30, nd 9.00-13.30, od 26.10.2020 r. do 17.11.2020 r.: 9.00-14.00, wt 13.00-18.00, śr 9.00-14.00, czw 13.00-18.00, pt 9.00-14.00, sb 9.00-13.30, nd 9.00-13.30 od 18.11.2020 r.: pn 9.00-14.00, wt 13.00-18.00, śr 9.00-14.00, czw 13.00-18.00, pt 9.00-14.00, sb 9.00-11.00, nd 9.00-11.00) |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     | S            |                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Warszawa 05-075, ul. Kilińskiego 48                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| telefon/ telefony                                   | 667 514 281                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data dodania do wykazu                              | 01.10.2020 r.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |

|                                                     |                                                                                     |                                          |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 101</b> | od 05.10.2020 r.                                                                    | <b>kategoria realizowanych świadczeń</b> |  |  |  |  |  |  |  |  |
| nazwa:                                              | Samodzielny Zespół Publicznych Zakładów Lecznictwa Otwartego Warszawa Bemowo-Włochy |                                          |  |  |  |  |  |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Warszawa 01-315, ul. Gen. Meriana C. Coopera 5                                      |                                          |  |  |  |  |  |  |  |  |

|                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|-----------------------------------------|
| telefon/ telefony:                                | 22 638 90 55                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| identyfikator REGON                               | 017202242                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:                                            | <b>PUNKT POBRAŃ</b><br>(do 19.10.2020 r.: pn.-pt. w godz. 13.00-15.00, sb.-nd. w godz. 9.00-11.00,<br><b>od 20.10.2020 r. do 25.10.2020 r.:</b> pn 13.00-15.30, wt 15.00-17.30, śr 13.00-15.30, czw 15.00-17.30, pt 13.00-15.30, sb 9.00-11.00, nd 9.00-11.00,<br><b>od 26.10.2020 r.:</b> 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 | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:                                            | <b>PUNKT POBRAŃ</b><br>(do 19.10.2020 r.: pn.-pt. w godz. 13.00-15.00, sb.-nd. w godz. 9.00-11.00,<br><b>od 20.10.2020 r. do 25.10.2020 r.:</b> pn 13.00-15.30, wt 15.00-17.30, śr 13.00-15.30, czw 15.00-17.30, pt 13.00-15.30, sb 9.00-11.00, nd 9.00-11.00,<br><b>od 26.10.2020 r.:</b> 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 02-471, ul. Cegielniana 8                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| telefon/ telefony                                 | do 11.10.2020 r.: 539 677 074<br>od 12.10.2020 r.: 787 867 448                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data dodania do wykazu                            | 07.10.2020 r.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |

|                                                     |                                                                               |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|-----------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 102</b> | od 05.10.2020 r.                                                              | <b>kategoria realizowanych świadczeń</b> |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| nazwa:                                              | Samodzielny Zespół Publicznych Zakładów Lecznictwa Otwartego Warszawa-Mokotów |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Warszawa 02-513, ul. Antoniego Józefa Madalińskiego 13                        |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| telefon/ telefony:                                  | 22 541 72 70                                                                  |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| identyfikator REGON                                 | 000985823                                                                     |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>             |                                                                               | transport sanitarny**                    | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |

|                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:                                            | <b>PUNKT POBRAŃ</b><br>(do 11.10.2020 r.: codziennie w godz. 13.00-15.00, od 12.10.2020 r. do 19.10.2020 r.: pon.-czw. w godz. 16.30-18.30, pt. w godz. 9.00-11.00, sb.-nd. 14.00-16.00, od 20.10.2020 r.do 29.10.2020 r.: pn 16.30-18.30, wt 16.30-18.30, śr 16.30-18.30, czw16.30-18.30, pt 16.30-18.30, sb 14.00-16.00, nd 14.00-16.00, od 30.10.2020 r.: pn 16.30-18.30, wt 16.30-18.30, śr 16.30-18.30, czw 16.30-18.30, pt 16.30-18.30, sb 9.00-11.00, nd 9.00-11.00) |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     | S            |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-958, ul. Potockiego Stanisława Kostki 31a                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 517 395 364                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| 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 | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:                                            | <b>PUNKT POBRAŃ</b><br>(pn 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                                 | 572 554 784                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 30.10.2020 r.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

|                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 103      | od 06.10.2020 r.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | kategoria 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 | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:                                            | PUNKT POBRAŃ<br>(do 16.10.2020 r.: codziennie w godz. 9.00-13.30, od 17.10.2020 r. do 19.10.2020 r.: pn. 9.00-13.30, wt. 9.00-13.30, śr. 9.00-13.30, czw. 9.00-13.30, pt. 9.00-13.30, sb. 15.00-19.30, nd. 9.00-13.30, od 20.10.2020 r.: pn 9.00-15.00, wt 9.00-15.00, śr 9.00-15.00, czw 9.00-15.00, pt 9.00-15.00, sb 15.00-19.30, nd 9.00-15.00) |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     | 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 104      | od 06.10.2020 r.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | kategoria 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 | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:                                            | PUNKT POBRAŃ<br>(do 18.10.2020 r.: pn.-pt. w godz. 10.30-15.00, sb.-nd. w godz. 8.00-12.30,<br>od 19.10.2020 r.: pn 10.00-15.00, wt 10.00-18.00, śr 10.00-15.00, czw 10.00-18.00, pt 10.00-15.00, sb 8.00-13.00, nd 8.00-13.00) |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     | 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 | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:                                            | PUNKT POBRAŃ (pn 10.00-18.00, wt 10.00-15.00, śr 10.00-18.00, czw 10.00-15.00, pt 10.00-18.00, sb 8.00-13.00, nd 8.00-13.00)                                                                                                    |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     | S            |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 01-992, ul. Conrada 15                                                                                                                                                                                                 |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | do 25.10.2020 r.: 577 755 807<br>od 26.10.2020 r.: 538 513 635                                                                                                                                                                  |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 19.10.2020 r.                                                                                                                                                                                                                   |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                                                                                                                                 |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 *                  |                                                                                                                                                                                                                                 | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:                                            | PUNKT POBRAŃ (codziennie w godz.: 12.00-17.00)                                                                                                                                                                                  |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     | S            |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 01-983, ul. Kazimierza Wóycickiego 14 (parking przy pętli autobusowej)                                                                                                                                                 |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 538 516 182                                                                                                                                                                                                                     |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 19.11.2020 r.                                                                                                                                                                                                                   |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                                                                                                                                 |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

|                                                   |                                                                          |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 105      | od 08.10.2020 r.                                                         | kategoria 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                                                                |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |                                                                          | transport sanitarny**             | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:                                            | PUNKT POBRAŃ (pn.-pt. w godz. 15.00-18.00, sb.-nd. w godz. 14.00-17.00)  |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| 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 |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 106      | od 08.10.2020 r.                                                                                                                                                                                                                              | kategoria realizowanych świadczeń |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| 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                                                                                                                                                                                                                                     |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |                                                                                                                                                                                                                                               | transport sanitarny**             | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:                                            | <b>PUNKT POBRAŃ</b><br>(do 28.10.2020 r.: pn.-pt. w godz. 11.00-13.00, sb.-nd. w godz. 9.00-11.00,<br><b>od 29.10.2020 r.:</b> pn 11.00-13.00, wt 11.00-13.00, śr 15.00-17.00, czw 15.00-17.00, pt 11.00-13.00, sb 9.00-11.00, nd 9.00-11.00) |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     | 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                         |                                                                                                                                                                                                                                               |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 107      | od 12.10.2020 r.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | kategoria realizowanych świadczeń |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:                                            | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Warszawa-Białołęka                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 03-125, ul. Milenijna 4                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony:                                | 22 519 33 03                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| identyfikator REGON                               | 016292906                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | transport sanitarny**             | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:                                            | <b>PUNKT POBRAŃ</b><br>(do 03.11.2020 r.: pn.-pt. w godz. 10.30-15.00, sb.-nd. w godz. 9.00-13.30,<br>od 04.11.2020 r. do 09.11.2020 r.: pn 13.00-17.30, wt 10.30-15.00, śr 10.30-15.00, czw 13.00-17.30, pt 10.30-15.00, sb 9.00-13.30, nd 9.00-13.30<br><b>od 10.11.2020 r.:</b> pn 10.30-17.30, wt 10.30-14.30, śr 10.30-14.30, czw 13.30-17.30, pt 10.30-14.30, sb 09.00-12.00, nd 09.00-12.00) |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     | 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                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 108      | od 13.10.2020 r.                            | kategoria realizowanych świadczeń |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 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 | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:                                            | <b>PUNKT POBRAŃ</b><br>(do 28.10.2020 r.: pn-pt w godz. 13.00-15.00, sb-nd w godz. 10.00-12.00,<br><b>od 29.10.2020 r.:</b> 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                                 | 236 572 065                                                                                                                                                                                                                                   |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 13.10.2020 r.                                                                                                                                                                                                                                 |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                                                                                                                                               |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 109      | od 13.10.2020 r.                                                                                                                                                                                                                          | kategoria 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 | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:                                            | <b>PUNKT POBRAŃ</b><br>(do 28.10.2020 r.: pn-pt w godz. 12.00-14.00, sb-nd w godz. 9.00-11.00,<br><b>od 29.10.2020 r.:</b> pn 13.00-17.00, wt 13.00-17.00, śr 12.00-14.00, czw 12.00-14.00, pt 12.00-14.00, sb 9.00-11.00, nd 9.00-11.00) |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     | S            |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Szydlowiec 26-500, ul. Wschodnia 7                                                                                                                                                                                                        |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 510 922 239                                                                                                                                                                                                                               |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 13.10.2020 r.                                                                                                                                                                                                                             |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                                                                                                                                           |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 *                  |                                                                                                                                                                                                                                           | transport sanitarny**             | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | 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>(dnia 17.10.2020 i 18.10.2020 r.: w godz. 12.00-13.00, od 19.10.2020 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)                          |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     | S            |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-679, ul. Modzelewskiego 37                                                                                                                                                                                                    |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 223 491 197                                                                                                                                                                                                                               |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 17.10.2020 r.                                                                                                                                                                                                                             |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                                                                                                                                           |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 *                  |                                                                                                                                                                                                                                           | transport sanitarny**             | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | 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> (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)                                                                                                     |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     | S            |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 03-984, ul. Fieldorfa 10                                                                                                                                                                                                         |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

|                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
|---------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|-----------------------------------------|
| telefon/ telefony                                 | 223 491 197                                                                                                                                                                                                                                                                            |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data dodania do wykazu                            | 17.10.2020 r.                                                                                                                                                                                                                                                                          |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 4 *</b>           |                                                                                                                                                                                                                                                                                        | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | 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 29.11.2020 r.: pn 8.00-12.00, wt 13.00-17.00, śr 8.00-12.00, czw 13.00-17.00, pt 8.00-12.00, sb 8.00-12.00, nd 8.00-12.00<br>od 30.11.2020 r.: pn 13.00-17.00, wt 13.00-17.00, śr 8.00-12.00, czw 13.00-17.00, pt 8.00-12.00, sb 8.00-12.00, nd 8.00-12.00) |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     | S            |                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 00-110, Plac Defilad 1 (punkt przy PKiN)                                                                                                                                                                                                                                      |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| telefon/ telefony                                 | 22 349 11 97                                                                                                                                                                                                                                                                           |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data dodania do wykazu                            | 04.11.2020 r.                                                                                                                                                                                                                                                                          |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 5 *</b>           |                                                                                                                                                                                                                                                                                        | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | 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 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)                                                                                                                                               |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     | 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 110</b> | od 19.10.2020 r.                                                                                                                                                                                                 | <b>kategoria 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 | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:                                              | <b>PUNKT POBRAŃ</b><br>(do 04.11.2020 r.: codziennie w godz. 12.00-14.00,<br>od 05.11.2020 r.: 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   | 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 111</b> | od 19.10.2020 r.                                                                     | <b>kategoria 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>           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |
| nazwa:                                            | <b>PUNKT POBRAŃ</b><br>(do 09.11.2020 r.: pn. 13.00-15.00, wt. 15.00-17.00, śr. 13.00-15.00, czw. 13.00-15.00, pt. 13.00-15.00, sb. 9.00-11.00, nd. 9.00-11.00,<br><b>od 10.11.2020 r.:</b> 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                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 112      |                                                                                                                                  | od 19.10.2020 r.      |                                          | kategoria realizowanych świadczeń |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |
|---------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|------------------------------------------|-----------------------------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|--|
| 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                                                                                                                        |                       |                                          |                                   |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |                                                                                                                                  | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium                       | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |  |
| nazwa:                                            | PUNKT POBRAŃ (pn. 6.30-11.30, wt. 6.30-11.30, śr. 6.30-11.30, czw. 6.30-11.30, pt. 6.30-11.30, sb. 14.00-19.00, nd. 14.00-19.00) |                       |                                          |                                   |            |                                     |                                    |                                     | S            |                                  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-353, ul. Szczęśliwicka 36 (dzielnica Ochota)                                                                         |                       |                                          |                                   |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |
| telefon/ telefony                                 | 513 011 867                                                                                                                      |                       |                                          |                                   |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |
| Data dodania do wykazu                            | 19.10.2020 r.                                                                                                                    |                       |                                          |                                   |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                                  |                       |                                          |                                   |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 *                  |                                                                                                                                  | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium                       | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |  |
| nazwa:                                            | PUNKT POBRAŃ (pn. 15.00-20.00, wt. 15.00-20.00, śr. 15.00-20.00, czw. 15.00-20, pt.15.00-20.00, sb. 8.00-13.00, nd. 8.00-13.00)  |                       |                                          |                                   |            |                                     |                                    |                                     | S            |                                  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-495, ul. Sosnkowskiego 18 (dzielnica Ursus)                                                                          |                       |                                          |                                   |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |
| telefon/ telefony                                 | 513 011 866                                                                                                                      |                       |                                          |                                   |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |
| Data dodania do wykazu                            | 19.10.2020 r.                                                                                                                    |                       |                                          |                                   |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                                  |                       |                                          |                                   |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |

|                                                     |                                    |                                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 113</b> | od 17.10.2020 r.                   | <b>kategoria realizowanych świadczeń</b> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| nazwa:                                              | 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                                                                                                                                                                                                                                                                        |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                  | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |  |
| nazwa:                                            | PUNKT POBRAŃ<br>(do 25.10.2020 r.: pn. 8.00-20.00, wt 8.00-20.00, śr 8.00-20.00, czw 8.00-20.00, pt 8.00-20.00, sb 8.00-20.00, nd 8.00-20.00, od 26.10.2020 r.: pn 10.00-18.00, wt 10.00-15.00, śr 10.00-15.00, czw 10.00-15.00, pt 10.00-15.00, sb 10.00-15.00, nd 10.00-15.00) |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     | S            |                                  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 01-496, ul. Morcinka 5/19                                                                                                                                                                                                                                               |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |
| telefon/ telefony                                 | (22) 638 35 38, 82 740 819                                                                                                                                                                                                                                                       |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |
| Data dodania do wykazu                            | 17.10.2020 r.                                                                                                                                                                                                                                                                    |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |  |

|                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|-----------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 114</b> | od 17.10.2020 r.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <b>kategoria realizowanych świadczeń</b> |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| nazwa:                                              | Medyczne Laboratoria Diagnostyczne INVICTA Sp.z o.o.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Sopot 81-740, ul. Polna 64                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| telefon/ telefony:                                  | 58 585 88 10                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| identyfikator REGON                                 | 367195781                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | transport sanitarny**                    | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:                                              | <b>PUNKT POBRAŃ</b><br>(do 26.10.2020 r.: pn 11.00-14.00, wt 11.00-14.00, śr 11.00-14.00, czw 11.00-14.00, pt 15.00-18.00, sb 15.00-18.00, nd 10.00-13.00<br><b>od 27.10.2020 r. do 28.10.2020 r.:</b> pn 11.00-16.00, wt 11.00-16.00, śr 11.00-16.00, czw 12.00-16.00, pt 16.00-20.00, sb 9.00-14.00, nd 10.00-14.00,<br><b>od 29.10.2020 r. do 01.11.2020 r.:</b> pn 11.00-16.00, wt 11.00-16.00, śr 11.00-16.00, czw 12.00-17.00, pt 16.00-20.00, sb 9.00-14.00, nd 10.00-14.00,<br><b>od 02.11.2020 r. do 10.11.2020 r.:</b> codziennie w godz. 8.00-10.00,<br><b>w dniu 11.11.2020 r. PUNKT ZAMKNIĘTY,</b><br><b>w dniu 12.11.2020 r.:</b> pn 8.00-10.00, wt 8.00-10.00, śr 8.00-10.00, czw 10.00-12.00, pt 8.00-10.00, sb 8.00-10.00, nd 8.00-10.00<br><b>od 13.11.2020 r.:</b> 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<br>w dniu 11.11.2020 r. telefon do kontaktu 668 323 443                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data dodania do wykazu                              | 17.10.2020 r.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |

|                                                     |                                  |                                          |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-----------------------------------------------------|----------------------------------|------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 115</b> | od 24.10.2020 r.                 | <b>kategoria 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 | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:                                            | PUNKT POBRAŃ<br>(do 26.10.2020 r.: pn 11.00-14.00, wt 11.00-14.00, śr 11.00-14.00, czw 11.00-14.00, pt 15.00-18.00, sb 15.00-18.00, nd 10.00-13.00<br>od 27.10.2020 r. do 28.10.2020 r.: pn 11.00-16.00, wt 11.00-16.00, śr 11.00-16.00, czw 12.00-16.00, pt 16.00-20.00, sb 9.00-14.00, nd 10.00-14.00,<br>od 29.10.2020 r. do 03.11.2020 r.: pn 11.00-16.00, wt 11.00-16.00, śr 11.00-16.00, czw 12.00-17.00, pt 16.00-20.00, sb 9.00-14.00, nd 10.00-14.00,<br>od 04.11.2020 r.: pn 11.00-16.00, wt 11.00-16.00, śr 11.00-16.00, czw 12.00-17.00, pt 16.00-20.00, sb 10.00-14.00, nd 10.00-14.00 ) |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     | S            |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kobyłka 05-230, Al.. Jana Pawła II 22 (parking przy MOK Kobyłka przy ul. Orszagha)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| 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 | teleporada | 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 10.00-15.00, wt 10.00-15.00, śr 12.00-18.00, czw 10.00-15.00, pt 10.00-15.00, sb 10.00-14.00, nd 10.00-14.00)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 03-042, ul. Marywilska 44                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     | S            |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 797 730 116                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 09.11.2020 r.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 3 *                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | 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 10.00-15.00, wt 10.00-15.00, śr 12.00-18.00, czw 10.00-15.00, pt 10.00-15.00, sb 10.00-14.00, nd 10.00-14.00)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Józefów 05-420, ul. Nadwiślańska 247 (parking za stacją paliw)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     | S            |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 519 627 993                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 25.11.2020 r.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

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

| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |                                                                                                                                                                                                        | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:                                            | <b>PUNKT POBRAŃ</b><br>(do 10.11.2020 r.: codziennie w godz.: 9.00-17.00, od 11.11.2020 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 ) |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Ząbki 05-091, ul. Juliusza Słowackiego 21 (Parking MOSIR Ząbki)                                                                                                                                        |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     | S            |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 735 753 107                                                                                                                                                                                            |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 30.10.2020 r.                                                                                                                                                                                          |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                                                                                                        |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

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

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



| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 119      | od 09.11.2020 r.                                             | kategoria realizowanych świadczeń |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:                                            | Grupa Zdrowie Sp. z o.o. (Grupa Zdrowie Szymanowskiego)      |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 03-477, ul. Karola Szymanowskiego 6/61A             |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony:                                | 22 619 63 70                                                 |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| identyfikator REGON                               | 147040468                                                    |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |                                                              | transport sanitarny**             | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:                                            | <b>PUNKT POBRAŃ</b><br>(całodobowo - 09.11.2020 r. od 7.00.) |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     | S            |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 03-477, ul. Karola Szymanowskiego 8/113             |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 784 927 998                                                  |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 09.11.2020 r.                                                |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                              |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

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

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

| Miejsce udzielania świadczeń 2 *                  |                                                                                                         | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:                                            | ZESPÓŁ TRANSPORTU SANITARNEGO                                                                           | 1                     |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-507, ul. Wołoska 137                                                                        |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | GŁÓWNY DYSPOZYTOR PRM W WARSZAWIE<br>do 15.11.2020 r.: 22 525 12 09,<br>od 16.11.2020 r. : 22 852 12 22 |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 07.11.2020 r.                                                                                           |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                         |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 122      | od 16.11.2020 r.                                                                                                                                                                                                                                                                    | kategoria realizowanych świadczeń |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:                                            | HOLLI MED. POINT Kinga Holli                                                                                                                                                                                                                                                        |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-123. ul. Władysława Korotyńskiego 42/7                                                                                                                                                                                                                                  |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony:                                | 505 899 528                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| identyfikator REGON                               | 147332981                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                     | transport sanitarny**             | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:                                            | PUNKT POBRAŃ<br>(do 23.11.2020 r.: pn 8.00-12.00, wt 15.30-19.30, śr 8.00-12.00, czw 15.30-19.30, pt 8.00-12.00, sb 9.00-13.00, nd 13.00-15.00<br>od 24.11.2020 r.: pn 15.00-19.00, wt 15.00-19.00, śr 15.00-19.00, czw 9.30-13.30, pt 15.00-19.00, sb 10.00-14.00, nd 13.00-15.00) |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     | 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                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

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

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 124 | od 17.11.2020 r. | kategoria realizowanych świadczeń |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----------------------------------------------|------------------|-----------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
|----------------------------------------------|------------------|-----------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|

|                                                   |                                                            |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|-----------------------|------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|-----------------------------------------|
| nazwa:                                            | GRUPA ZDROWIE Arkadiusz Chmieliński (Grupa Zdrowie Glińce) |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Płońsk, 09-100, ul. H. Sienkiewicza 7                      |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| telefon/ telefony:                                | 532 543 864                                                |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| identyfikator REGON                               | 130148271                                                  |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>           |                                                            | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:                                            | <b>PUNKT POBRAŃ</b><br>(codziennie w godz.: 7.00-19.00)    |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     | S            |                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Glińce 06-450, ul. Ciechanowska 8                          |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| telefon/ telefony                                 | 532 543 864                                                |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data dodania do wykazu                            | 17.11.2020 r.                                              |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                            |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 2 *</b>           |                                                            | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:                                            | GRUPA ZDROWIE w Kraszewie-Czubakach - IZOLATORIUM typ I    |                       |                                          | X<br>typ I  |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Kraszewo-Czubaki                                           |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| telefon/ telefony                                 |                                                            |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data dodania do wykazu                            | 17.11.2020 r.                                              |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                            |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |

|                                                     |                                                                                                                                    |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|-----------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 125</b> | od 19.11.2020 r.                                                                                                                   | <b>kategoria realizowanych świadczeń</b> |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| nazwa:                                              | Samodzielny Zespół Publicznych Zakładów Lecznictwa Otwartego w Piasecznie                                                          |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Piaseczno 05-500, ul. Fabryczna 1                                                                                                  |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| telefon/ telefony:                                  | 22 462 70 01                                                                                                                       |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| identyfikator REGON                                 | 16189686                                                                                                                           |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>             |                                                                                                                                    | transport sanitarny**                    | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:                                              | <b>PUNKT POBRAŃ</b><br>(pn 8.00-13.00, wt 8.00-13.00, śr 13.00-18.00, czw 8.00-13.00, pt 8.00-13.00, sb 8.00-11.00, nd 8.00-11.00) |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     | S            |                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Piaseczno 05-500, ul. Fabryczna 1 (parking przed wejściem głównym)                                                                 |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| telefon/ telefony                                   | 781 600 736                                                                                                                        |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data dodania do wykazu                              | 19.11.2020 r.                                                                                                                      |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data wykreślenia z wykazu                           |                                                                                                                                    |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |

|                                                     |                                                      |                                          |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------|------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 126</b> | od 23.11.2020 r.                                     | <b>kategoria realizowanych świadczeń</b> |  |  |  |  |  |  |  |  |
| nazwa:                                              | Centrum Medyczno- Diagnostyczne Sp. z o.o. (Siedlce) |                                          |  |  |  |  |  |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu   | Siedlce 08-110, ul. KS. Niedziałka 14                |                                          |  |  |  |  |  |  |  |  |
| telefon/ telefony:                                  |                                                      |                                          |  |  |  |  |  |  |  |  |
| identyfikator REGON                                 | 710529892                                            |                                          |  |  |  |  |  |  |  |  |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |                                                                                                                                   | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:                                            | <b>PUNKT POBRAŃ</b><br>(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                                                                                                   |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 506 007 403                                                                                                                       |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 23.11.2020 r.                                                                                                                     |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                                                                   |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 127      | od 25.11.2020 r.                                                                                                                       | kategoria realizowanych świadczeń |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
|---------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:                                            | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Tarcynie                                                                              |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| 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 | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:                                            | <b>PUNKT POBRAŃ</b><br>(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) |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| 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 128      | od 19.11.2020 r.                                         | kategoria realizowanych świadczeń |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
|---------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:                                            | UZDROWISKA KONSTANCIN-ZDRÓJ" SPÓŁKA AKCYJNA              |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Konstancin-Jeziorna 05-510, ul. Sue Ryder 1              |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony:                                | 22 756 40 24                                             |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| identyfikator REGON                               | 000288320                                                |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |                                                          | transport sanitarny**             | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:                                            | Sanatorium Uzdrowskowie „Konstancja” - IZOLATORIUM typ I |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Konstancin-Jeziorna 05-510, ul. Żródlana 6/8             |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 22 756 40 24                                             |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 19.11.2020 r.                                            |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                          |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 2 *                  |                                                          | transport sanitarny**             | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|                                                   |                                                          |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

|                                                   |                                                         |  |  |            |  |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|--|--|------------|--|--|--|--|--|--|
| nazwa:                                            | Sanatorium Uzdrawiskowe „Biały Dom” - IZOLATORIUM typ I |  |  |            |  |  |  |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Konstancin-Jeziorna 05-510, ul. Mostowa 1               |  |  | X<br>typ I |  |  |  |  |  |  |
| telefon/ telefony                                 | 22 756 40 24                                            |  |  |            |  |  |  |  |  |  |
| Data dodania do wykazu                            | 19.11.2020 r.                                           |  |  |            |  |  |  |  |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                         |  |  |            |  |  |  |  |  |  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 129      | od 20.11.2020 r.                                                              | kategoria realizowanych świadczeń |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:                                            | A.S.International Biuro Handlu Zagranicznego z ograniczoną odpowiedzialnością |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 00-102, ul. Marszałkowska 115/327                                    |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony:                                | 516 567 576                                                                   |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| identyfikator REGON                               | 147191090                                                                     |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |                                                                               | transport sanitarny**             | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:                                            | Bezpieczny Dom Opieki "NESTOR" - IZLOTARIUM typ I                             |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 00-728, ul. Bobrowiecka 9 bud. B                                     |                                   |                                          | X<br>typ I  |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 692 297 274                                                                   |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 20.11.2020 r.                                                                 |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                               |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 130      | od 23.11.2020 r.                                | kategoria realizowanych świadczeń |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:                                            | Kaśmin Dom Seniora Sp. o.o.                     |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Siennica 05-332, Drożdżówka 5a                  |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony:                                | 25 799 21 23                                    |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| identyfikator REGON                               | 710444492                                       |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |                                                 | transport sanitarny**             | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:                                            | Kaśmin Dom Seniora Sp. o.o. - IZOLATORIUM typ I |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Siennica 05-332, Drożdżówka 5a                  |                                   |                                          | X<br>typ I  |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 25 799 21 23                                    |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 23.11.2020 r.                                   |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                 |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

**Wykaz podmiotów udzielających świadczeń opieki zdrowotnej (teleporad) w związku z przeciwdziałaniem COVID-19 za pośrednictwem systemu teleinformatycznego udostępnionego przez Centrum Systemów Informacyjnych w Ochronie Zdrowia, wykonujących działalność leczniczą na terenie województwa mazowieckiego**

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 1        | od 08.04.2020                            | kategoria realizowanych świadczeń |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------------------|------------------------------------------|-----------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| nazwa:                                            | Centrum Medyczno-Diagnostyczne Sp.z o.o. |                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Siedlce 08-110, ul. Nikłowa 9            |                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| telefon/ telefony:                                | 25 63 33 555                             |                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| identyfikator REGON                               | 710529892                                |                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |

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

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

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

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

|                           |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---------------------------|---------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Data dodania do wykazu    | 17.04.2020 r. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

  

|                                                   |                                                     |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|-----------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 5</b> | od 17.04.2020 r.                                    | <b>kategoria realizowanych świadczeń</b> |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| nazwa:                                            | Renata Blukacz Justyna Grzywacz Medical Office s.c. |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 03-995, ul. Ligustrowa 23L                 |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| telefon/ telefony:                                |                                                     |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| identyfikator REGON                               | 671962989                                           |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>           |                                                     | transport sanitarny**                    | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:                                            | Renata Blukacz Justyna Grzywacz Medical Office s.c. |                                          |                                          |             | X          |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 03-995, ul. Ligustrowa 23L                 |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| telefon/ telefony                                 |                                                     |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data dodania do wykazu                            | 17.04.2020 r.                                       |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                     |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |

  

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

  

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

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 8        | od 20.04.2020 r.                              | kategoria realizowanych świadczeń |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:                                            | Praktyka Lekarska Numer 1 Jarosław Lipczyński |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Miszewo Murowane 09-470 , ul. Południowa 11b  |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony:                                | 600 854 533                                   |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| identyfikator REGON                               |                                               |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |                                               | transport sanitarny**             | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:                                            | Praktyka Lekarska Numer 1 Jarosław Lipczyński |                                   |                                          |             | X          |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Miszewo Murowane 09-470 , ul. Południowa 11b  |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 600 854 533                                   |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 20.04.2020 r.                                 |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                               |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

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

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

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 11       | od 21.04.2020 r.                                                                         | kategoria realizowanych świadczeń |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| nazwa:                                            | Domański & Wojno Spółka Cywilna Wspólnicy Spółki Maria Domańska, Zbigniew, Mariusz Wojno |                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Sanniki 09-540, ul. Krótka 2                                                             |                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |



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

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

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

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

|                                                   |                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------------------|----------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| nazwa:                                            | Elżbieta Kalinowska KELMED       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Mokobody 08-124, ul. Cmentarna 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| telefon/ telefony                                 | 513 072 524                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Data dodania do wykazu                            | 22.04.2020 r.                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 15       | od 23.04.2020 r.                                                         | kategoria realizowanych świadczeń |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:                                            | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Warszawa Wola-Śródmieście |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 01-445, ul. Erazma Ciołka 11                                    |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony:                                | 604 141 341                                                              |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| identyfikator REGON                               | 001018396                                                                |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |                                                                          | transport sanitarny**             | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:                                            | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Warszawa Wola-Śródmieście |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 01-445, ul. Erazma Ciołka 11                                    |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 604 141 341                                                              |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 23.04.2020 r.                                                            |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                          |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 16       | od 24.04.2020 r.                                | kategoria realizowanych świadczeń |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:                                            | Przychodnia Lekarza Rodzinnego Artur Płóciennik |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Czerwin 07-407, Mazowiecka 13B                  |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony:                                | 694 303 206                                     |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| identyfikator REGON                               | 551177571                                       |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |                                                 | transport sanitarny**             | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:                                            | Przychodnia Lekarza Rodzinnego Artur Płóciennik |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Czerwin 07-407, Mazowiecka 13B                  |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 694 303 206                                     |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 24.04.2020 r.                                   |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                 |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 17       | od 29.04.2020 r.                            | kategoria realizowanych świadczeń |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:                                            | Teragra s.c.                                |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-936, ul. św. Bonifacego 70/U 10 |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony:                                | 22 842 58 13; 22 642 47 18                  |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| identyfikator REGON                               | 13179902                                    |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |                                             | transport sanitarny**             | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:                                            | Teragra s.c.                                |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-936, ul. św. Bonifacego 70/U 10 |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 22 842 58 13; 22 642 47 18                  |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

|                           |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---------------------------|---------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Data dodania do wykazu    | 29.04.2020 r. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Data wykreślenia z wykazu |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|                                                   |                                                                                |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 18       | od 04.05.2020 r.                                                               | kategoria realizowanych świadczeń |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| nazwa:                                            | Przychodnia - Apteka - Medycyna Estetyczna L. Gula B. Długopolska Spółka Jawna |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Żelechów 08-430, ul. Staszica 21                                               |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony:                                | 25 754 10 44                                                                   |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| identyfikator REGON                               | 146686257                                                                      |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |                                                                                | transport sanitarny**             | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:                                            | Przychodnia - Apteka - Medycyna Estetyczna L. Gula B. Długopolska Spółka Jawna |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Żelechów 08-430, ul. Staszica 21                                               |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 25 754 10 44                                                                   |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 04.05.2020 r.                                                                  |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                                                |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

|                                                   |                                                               |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 19       | od 05.05.2020 r.                                              | kategoria realizowanych świadczeń |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| nazwa:                                            | Centrum Medyczne MED-PREMIUM SK-MED B.Sawicka, B.Kulis, Sp.j. |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 04-384, ul. Wiatraczna 21                            |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony:                                | 507 810 507                                                   |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| identyfikator REGON                               | 382582032                                                     |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |                                                               | transport sanitarny**             | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:                                            | Centrum Medyczne MED-PREMIUM SK-MED B.Sawicka, B.Kulis, Sp.j. |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 04-384, ul. Wiatraczna 21                            |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 507 810 507                                                   |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 05.05.2020 r.                                                 |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                               |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

|                                                   |                                                    |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
|---------------------------------------------------|----------------------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 20       | od 06.05.2020 r.                                   | kategoria realizowanych świadczeń |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| nazwa:                                            | Praktyka Lekarza Rodzinnego Bogdan Kowalczyk       |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wyszków 07-200, ul. gen. Władysława Sikorskiego 27 |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony:                                | 29 742 33 06                                       |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| identyfikator REGON                               | 550083595                                          |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |                                                    | transport sanitarny**             | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:                                            | Praktyka Lekarza Rodzinnego Bogdan Kowalczyk       |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wyszków 07-200, ul. gen. Władysława Sikorskiego 27 |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 29 742 33 06                                       |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 06.05.2020 r.                                      |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

|                                                    |                                                             |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |  |
|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|-----------------------------------------|--|
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                             |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 21</b> | od 06.05.2020 r. do 14.05.2020 r.                           | <b>kategoria realizowanych świadczeń</b> |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |  |
| nazwa:                                             | Gabinet Stomatologiczny MM Falkiewicz-Stachnio Spółka Jawna |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Radom 26-600, ul. hm kpt Eugeniusza Stasieckiego 41         |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |  |
| telefon/ telefony:                                 |                                                             |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |  |
| identyfikator REGON                                | 365797270                                                   |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>            |                                                             | transport sanitarny**                    | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |  |
| nazwa:                                             | Gabinet Stomatologiczny MM Falkiewicz-Stachnio Spółka Jawna |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Radom 26-600, ul. hm kpt Eugeniusza Stasieckiego 41         |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |  |
| telefon/ telefony                                  |                                                             |                                          |                                          |             | X          |                                     |                                    |                                     |              |                                         |  |
| Data dodania do wykazu                             | 06.05.2020 r.                                               |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          | 14.05.2020 r.                                               |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 22</b> | od 20.05.2020 r.                                            | <b>kategoria realizowanych świadczeń</b> |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |  |
| nazwa:                                             | Noble Medicine Premium                                      |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Warszawa 00-112, ul. Bagno 2/KLATKA D                       |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |  |
| telefon/ telefony:                                 | 22 610 38 17                                                |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |  |
| identyfikator REGON                                | 368042766                                                   |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>            |                                                             | transport sanitarny**                    | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |  |
| nazwa:                                             | Noble Medicine Premium                                      |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Warszawa 00-112, ul. Bagno 2/KLATKA D                       |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |  |
| telefon/ telefony                                  | 22 610 38 17                                                |                                          |                                          |             | X          |                                     |                                    |                                     |              |                                         |  |
| Data dodania do wykazu                             | 20.05.2020 r.                                               |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                             |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 23</b> | od 08.06.2020 r.                                            | <b>kategoria realizowanych świadczeń</b> |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |  |
| nazwa:                                             | Corten Medic Tomasz Sikora                                  |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Warszawa 02-784, ul. Pasaż Ursynowski 9                     |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |  |
| telefon/ telefony:                                 | 606 102 103                                                 |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |  |
| identyfikator REGON                                | 015053128                                                   |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |  |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>            |                                                             | transport sanitarny**                    | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | dorażne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |  |
| nazwa:                                             | Corten Medic Tomasz Sikora                                  |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Warszawa 02-784, ul. Pasaż Ursynowski 9                     |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |  |
| telefon/ telefony                                  | 606 102 103                                                 |                                          |                                          |             | X          |                                     |                                    |                                     |              |                                         |  |
| Data dodania do wykazu                             | 08.06.2020 r.                                               |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |  |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                             |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |  |
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 24</b> | od 17.07.2020 r.                                            | <b>kategoria realizowanych świadczeń</b> |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |  |

|                                                   |                                      |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
|---------------------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------|------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|-----------------------------------------|
| nazwa:                                            | NZOJ Jutro Medical                   |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-607, ul. Jana Czczota 31 |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| telefon/ telefony:                                | 733 635 631                          |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| identyfikator REGON                               | 384955359                            |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>           |                                      | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:                                            | NZOJ Jutro Medical                   |                       |                                          |             | X          |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Warszawa 02-607, ul. Jana Czczota 31 |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| telefon/ telefony                                 | 733 635 631                          |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data dodania do wykazu                            | 17.07.2020 r.                        |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                      |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |

|                                                    |                                                                                                      |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|-----------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 25</b> | od 15.09.2020 r.                                                                                     | <b>kategoria realizowanych świadczeń</b> |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| nazwa:                                             | Spółka Cywilna "SALUS" Wspólnicy: Szczepan Mirosław Jaroszewski, Bogdan Jaroszewski, Jacek Pietrucha |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Chorzele 06-330, ul. Grunwaldzka 50                                                                  |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| telefon/ telefony:                                 | 602 622 520                                                                                          |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| identyfikator REGON                                | 550726981                                                                                            |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>            |                                                                                                      | transport sanitarny**                    | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:                                             | Spółka Cywilna "SALUS" Wspólnicy: Szczepan Mirosław Jaroszewski, Bogdan Jaroszewski, Jacek Pietrucha |                                          |                                          |             | X          |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Chorzele 06-330, ul. Grunwaldzka 50                                                                  |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| telefon/ telefony                                  | 602 622 520                                                                                          |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data dodania do wykazu                             | 15.09.2020 r.                                                                                        |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                                                                      |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |

|                                                    |                                                |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|-----------------------------------------|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 26</b> | od 15.09.2020 r.                               | <b>kategoria realizowanych świadczeń</b> |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| nazwa:                                             | Krzysztof Białek                               |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Przasnysz 06-300, ul. Aleja Wojska Polskiego 9 |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| telefon/ telefony:                                 | 29 751 27 11                                   |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| identyfikator REGON                                | 141378309                                      |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| <b>Miejsce udzielania świadczeń 1 *</b>            |                                                | transport sanitarny**                    | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | <b>Poziom zabezpieczenia COVID - 19</b> |
| nazwa:                                             | Krzysztof Białek                               |                                          |                                          |             | X          |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Przasnysz 06-300, ul. Aleja Wojska Polskiego 9 |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| telefon/ telefony                                  | 29 751 27 11                                   |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data dodania do wykazu                             | 15.09.2020 r.                                  |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |
| Data wykreślenia z wykazu                          |                                                |                                          |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                         |

|                                                    |                                                   |                                          |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------|------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| <b>Podmiot wykonujący działalność leczniczą 27</b> | od 15.09.2020 r.                                  | <b>kategoria realizowanych świadczeń</b> |  |  |  |  |  |  |  |  |
| nazwa:                                             | Jarosław Bartoszek NZOJ Ośrodek Zdrowia w Kornicy |                                          |  |  |  |  |  |  |  |  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu  | Stara Kornica 08-205, Stara Kornica 201           |                                          |  |  |  |  |  |  |  |  |
| telefon/ telefony:                                 | 665 111 965                                       |                                          |  |  |  |  |  |  |  |  |
| identyfikator REGON                                | 030231510                                         |                                          |  |  |  |  |  |  |  |  |

| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |                                                   | transport sanitarny** | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-----------------------|------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:                                            | Jarosław Bartoszek NZOZ Ośrodek Zdrowia w Kornicy |                       |                                          |             | X          |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Stara Kornica 08-205, Stara Kornica 201           |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 665 111 965                                       |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 15.09.2020 r.                                     |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                   |                       |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

| Podmiot wykonujący działalność leczniczą 28       | od 12.11.2020 r.                                      | kategoria realizowanych świadczeń |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------------|-------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| nazwa:                                            | PRZYCHODNIA RODZINNA w WIŚNIEWIE Grabek i Grabek s.c. |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wiśniew 08-112, ul. Sanitariuszek 1                   |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony:                                | 602 464 359                                           |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| identyfikator REGON                               | 146528251                                             |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Miejsce udzielania świadczeń 1 *                  |                                                       | transport sanitarny**             | leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19 | izolatorium | teleporada | doraźne świadczenia stomatologiczne | test na obecność wirusa SARS-CoV-2 | wstępna kwalifikacja typu pretriage | punkt pobrań | Poziom zabezpieczenia COVID - 19 |
| nazwa:                                            | PRZYCHODNIA RODZINNA w WIŚNIEWIE Grabek i Grabek s.c. |                                   |                                          |             | X          |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| adres: miejscowość/ kod pocztowy/ ulica i nr domu | Wiśniew 08-112, ul. Sanitariuszek 1                   |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| telefon/ telefony                                 | 602 464 359                                           |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data dodania do wykazu                            | 12.11.2020 r.                                         |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |
| Data wykreślenia z wykazu                         |                                                       |                                   |                                          |             |            |                                     |                                    |                                     |              |                                  |

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

\*\*liczba zespołów w danym miejscu